As agendas sociais brasileiras de desenvolvimento local: possibilidades de diálogo, articulações e de convergências

Mariana Ferraz Duarte

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

Orientadora: Profa. Dra. Marcia Faria Westphal

FACULDADE de SAÚDE PÚBLICA
Biblioteca/CIR
UNIVERSIDADE de SÃO PAULO

São Paulo
2006

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins, didáticos, acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

48737/2007 doc

AGRADECIMENTOS

À professora Marcia Faria Westphal, pela oportunidade destas reflexões, pelo incentivo, carinho e pela confiança.

Aos membros da banca, professora Maria Cecília Pelicioni e Rosilda Mendes, pelas valiosas críticas e sugestões.

Às professoras Cláudia Maria Bógus e Fabiola Zioni, pelo apoio e atenção.

Ao professores Blake Poland, da University of Toronto, e Charles-Antoine Rouyer, da York University, pela atenção e generosidade em disponibilizar material bibliográfico.

À professora Ellie Perkins e à Andrea Moraes, do Projeto Bacias Irmãs, pelo acolhimento e ajuda durante o intercâmbio na Faculty of Environmental Studies (FES) da York University.

À Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional, pela bolsa de intercâmbio referente ao Projeto Bacias Irmãs.

Aos meus amigos da Faculdade de Saúde Pública e do CEPEDOC - Andréia Setti, Cynthia Bydlowski, Douglas Ferdinando, Fátima Lico, Juan Fernadez, Hildemar Brasil, Maísa Rose Domenico Elmôr, Sofia M. Espírito Santo, Tarcis Prado Jr. e Tatiana Dowbor - pela valiosa contribuição, trocas e palavras de incentivo e solidariedade.

À Miriam Duailibi, coordenadora do Instituto Ecoar para a Cidadania, pelo apoio e compreensão à finalização deste trabalho.

Aos meus colegas e amigos do Instituto Ecoar para a Cidadania, especialmente João Carlos S. Nagamura, Roberto Bretzel, Sandro Vox, Gabriela Priolli, Cláudia Soares, Chris Godoy, Débora Teixeira, Carla Soares, Roberta Carteiro, Rose Mazzer e Evelin Steinhopf, pelo carinho, força e solidariedade.

Ao Victor Arai, a Isadora Tsukumo, Bárbara Junqueira, Ana Caricari, Francisco Comarú e Fabiana Barbi pelas trocas, colaboração e incentivo.

À Fer, Fru, Iaiá, Marisol, Grous, Quares, Carlão, Chris Muller, Bia, Inês e Dani Savastano, com quem, mesmo por vezes à distância, tenho o privilégio de compartilhar momentos especiais da minha vida.

À Sueli de Godoy pela delicadeza e pelas palavras encorajadoras no decorrer deste trabalho.

À Bete Maia, pela gentileza e valiosa contribuição na geocodificação, que permitiu a elaboração dos mapas desta dissertação.

Às funcionárias da Faculdade de Saúde Pública, Lívia Mara Silva Rosa e Maria Aparecida Mendes, Vânia Santos e Renilda M. de Figueiredo Shimono pela atenção e auxílio indispensável.

À funcionária do CEPEDOC, Neide Maria Claudino, pelas palavras de conforto e pelo auxílio na finalização deste trabalho.

Aos bibliotecários da Faculdade de Saúde Pública - José Estorniolo Filho, Maria Lúcia E. de Faria Ferraz e Maria do Carmo Alvarez, pela gentileza na orientação sobre normas bibliográficas.

Finalmente, aos meus queridos pais, Durval e Maria Inaiá, que não pouparam esforços para a minha formação e sempre estimularam a continuidade dos meus estudos.

Aos meus irmãos Marisa e Durval Jr. e ao meu cunhado Afonso, pela torcida e pelas palavras de incentivo.

Ao meu tio Marcelo, pelo carinho incondicional.

Ao John, pelo estímulo, apoio e palavras afetuosas mesmo à distância.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Matriz de marco lógico da sustentabilidade local	75
Quadro 2 -	Padrões de crescimento econômico	80
Quadro 3 -	A agenda social de desenvolvimento local em análise e as estratégias adotadas ou indicadas aos leitores	104
Quadro 4 -	A agenda social de desenvolvimento local em análise os princípios e valores identificados	104
Quadro 5 –	A agenda Cidades/Municípios Saudáveis e as estratégias adotadas ou indicadas aos leitores	118
Quadro 6 -	A agenda Cidades/Municípios Saudáveis e os princípios e valores verificados na literatura consultada	124
Quadro 7 -	A agenda 21 Local e as estratégias adotadas ou indicadas aos leitores	141
Quadro 8 -	A Agenda 21 Local e os princípios e valores verificados na literatura consultada	149
Quadro 9 -	A agenda Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (DLIS) e as estratégias adotadas ou indicadas aos leitores	169
Quadro 10 -	A agenda Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (DLIS) e os princípios e valores verificados na literatura consultada	177
Quadro 11 -	As agendas sociais de desenvolvimento local deste estudo e as estratégias adotadas ou indicadas aos leitores	193
Quadro 12 -	As agendas sociais de desenvolvimento local deste estudo e os princípios e valores verificados na literatura consultada	194

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa de distribuição das Agendas Cidades/Municípios Saudáveis no Brasil 112

Figura 2 - Mapa de distribuição das Agendas 21 Locais municipais no Brasil 139

Figura 3 - Mapa de distribuição das Agendas de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável no Brasil 165

Figura 4 - Mapa de distribuição das agendas sociais de desenvolvimento local no Brasil 190

SIGLAS UTILIZADAS

ABRASCO -	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
AED -	Agência de Educação para o Desenvolvimento
CDSS	Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde
CEDAPS -	Centro de Promoção da Saúde
CEPEDOC -	Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis
CNUMAD -	Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento
CONASEMS -	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CPDS -	Comissão de Políticas de Desenvolvimento Sustentável
DLIS -	Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável
IADH	Instituto de Assessoria para o Desenvolvimento Humano
ICLEI -	Conselho Internacional para Iniciativas Ambientais Locais
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPES -	Instituto de Pesquisas e Estudos para a Sociedade
MCS -	Municípios e Cidades Saudáveis
MMA -	Ministério do Meio Ambiente
MS -	Ministério da Saúde
NUSP -	Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social
OMS -	Organização Mundial de Saúde
OPAS -	Organização Pan-Americana de Saúde
OPS -	Organización Panamericana de la Salud
PNUD -	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PNUMA -	Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente
PRODER -	Programa de Emprego e Renda
RMPS -	Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis
SEBRAE -	Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
WHO -	World Health Organization

RESUMO

Duarte, MF **As agendas sociais brasileiras de desenvolvimento local: possibilidades de diálogo, articulações e de convergência** [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2006.

O objetivo do presente projeto é analisar as principais agendas sociais brasileiras de desenvolvimento local em curso no território nacional: a Agenda 21 Local, Cidades/Municípios Saudáveis e Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável – DLIS, identificando suas semelhanças e diferenças, para contribuir para o processo de diálogo e articulação entre elas. As reflexões acerca da urbanização e seu impacto sobre a qualidade de vida da população têm estimulado a busca de modelos de gestão capazes de contribuir para a redefinição e redistribuição de competências e recursos públicos; para a redefinição do papel do Estado, tendo como uma de suas estratégias a revalorização do poder local e o incentivo à participação popular. Neste contexto, as agendas sociais de desenvolvimento local começam a surgir como iniciativas capazes de contribuir para a melhoria da saúde e da qualidade de vida nas cidades. Sendo assim, foi realizado um estudo teórico apoiado em um levantamento de fontes bibliográficas referentes a essas agendas de desenvolvimento local. A metodologia utilizada foi a análise do conteúdo de documentos – artigos publicados em revistas científicas, teses, livros e capítulos de livros sobre as agendas sociais de desenvolvimento local. As categorias teóricas da promoção da saúde, baseadas em um conceito amplo de saúde, focalizado na determinação do processo saúde-doença, foram utilizadas para análise e comparação das estratégias, princípios e valores das agendas sociais de desenvolvimento local. Verificou-se muita semelhança no referencial que orienta as agendas sociais de desenvolvimento local, nas práticas utilizadas, mas também diferenças passíveis de serem conciliadas e até de serem compartilhadas caso haja intenção de convergência entre os técnicos responsáveis, gestores, comunidades envolvidas, organizações não governamentais e universidades. Foram identificados e mapeados as agendas em desenvolvimento, no Brasil, de Cidades/Municípios Saudáveis, Agenda 21 Local e Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável, que constituem o panorama dessas agendas sociais e pudemos verificar sua distribuição pelas regiões geográficas brasileiras. A integração dessas agendas poderia produzir efeitos sinérgicos no desenvolvimento social dos municípios, colaborando para o desenvolvimento regional mais eqüitativo do Brasil.

Descritores: promoção da saúde, desenvolvimento local, cidades saudáveis, agenda 21 local, desenvolvimento local integrado e sustentável

SUMMARY

Duarte, MF **Brazilian local development agendas – the possibility of dialogue, integration and convergence** [Master´s dissertation] São Paulo (BR): The School of Public Health of the University of São Paulo; 2006.

This project considers the main Brazilian social development programmes currently underway at the local level, such as Local Agenda 21, Health City, and Integrated and Sustainable Local Development. It identifies the similarities and differences between these agendas in such a way as to contribute to the processes of inter-programme dialogue and integration. Reflections on urbanization and its impact on the quality of life of the population have stimulated the quest for new management models. Capable of contributing to the redefinition and redistribution of public resources and competencies, to the redefinition of the role of the State, having as one of its strategies the renewed emporwerment of local authorities and the incentivation of popular participation. In this context social programmes of local development are beginning to arise in the form of initiatives capable of contributing to the improvement of the health and quality of city life. Thus a theoretical study of these initiatives was carried out on the basis of survey of bibliographical sources related to these local development programmes. The methodology used was that of the analysis of the contents of the documents articles in scientific magazines, theses, books and the relevant chapters of books on social programmes of local development. The theoretical categories of Health Promotion, based on broad concept of health focuses on a comprehensive definition of the health disease process, were utilized to analyse and compare the strategies, principles and values of the social agendas of local development. In terms of practices used, the authors found many similarities in the terms of reference that guide the social agendas of local development. However, we also found differences susceptible on potentially reconcilable differences to conciliation should the desire for convergence arise a way technicians responsible, managers, involved communities, not governmental organizations and university. Developmental agendas had been identified and mapped in Brazil, Healthy Cities, Local Agenda 21 and DLIS, constituting the scenario of social agendas where it was possible to verify its distribution for the Brazilian geographic regions. The integration of these agendas could produce synergic effect in the social development of these cities, collaborating for more equitable regional development of Brazil.

Keywords: health promotion, local development, healthy cities, local agenda 21, integrated and sustainable local development

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO 12

1.1 O PROBLEMA DO ESTUDO: A QUALIDADE DE VIDA NAS CIDADES 12

1.2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO 16

1.2.1 A Política Nacional de Promoção da Saúde e o Desenvolvimento Sustentável 16

2 REFERENCIAL TEÓRICO 19

2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA 19

2.1.1 Concepções do Processo Saúde e Doença, Adotadas pela Promoção da Saúde e os Determinantes Sociais da Saúde 29

2.1.2 As Estratégias da Promoção da Saúde 32

2.1.3 Os Princípios e Valores da Promoção de Saúde 35

2.2 OS ENFOQUES DE DESENVOLVIMENTO EM PERSPECTIVA 76

2.2.1 O Sentido do Desenvolvimento 82

2.2.2 Desenvolvimento Local 84

3 OS SUJEITOS DO ESTUDO: AS AGENDAS SOCIAIS BRASILEIRAS DE DESENVOLVIMENTO LOCAL 89

3.1 CIDADE/MUNICÍPIO SAUDÁVEL 89

3.2 A AGENDA 21 93

3.3 DESENVOLVIMENTO LOCAL INTEGRADO E SUSTENTÁVEL (DLIS) 98

4 OBJETIVOS 100

4.1 GERAIS 100

4.2 ESPECÍFICOS 100

5 METODOLOGIA 101

6 RESULTADOS 106

7 DISCUSSÃO 188

8 CONCLUSÕES 203

9 REFERÊNCIAS 206

ANEXOS

Anexo 1 - Relação das comunidades e municípios envolvidos com o processo de Agenda 21 Local de acordo com a consulta realizada pelo Ministério do Meio Ambiente em 2005 235

Anexo 2 - Relação de municípios participantes do Programa Comunidade Ativa no território brasileiro 240

1 INTRODUÇÃO

1.1 O PROBLEMA DO ESTUDO: A QUALIDADE DE VIDA NAS CIDADES

Nas últimas décadas, as rápidas mudanças ocorridas no mundo propiciaram um crescimento econômico sem precedentes. O intenso fluxo de informações e idéias que circulam através das novas tecnologias de informação disponíveis promoveram avanços, que, entretanto, não têm sido capazes de solucionar os antigos problemas dos países em desenvolvimento. As desigualdades socioeconômicas continuam trazendo sofrimento para a população.

O cenário mundial de profundas mudanças estruturais provenientes do esgotamento do modelo industrial fordista, da globalização financeira, da perda da capacidade dos Estados nacionais de regular suas economias e da incerteza em relação ao futuro das cidades, entre outras questões, tem impulsionado a busca de novos arranjos políticos e institucionais e novos padrões de desenvolvimento (COMPANS, 2001).

A urbanização é um fato irreversível em praticamente todo o planeta. No início do século 20 apenas 10% da humanidade residia em áreas urbanas, hoje, metade, mais de 2,9 bilhões, vive em cidades. Atualmente existem 19 megacidades, das quais 15 localizadas nos países ditos em desenvolvimento com população acima de 10 milhões de habitantes. (SIRKIS, 1999).

Nos países latino-americanos o processo de urbanização tornou-se especialmente intenso a partir da metade do século 20. No caso do Brasil, em 1940, a população urbana era de 26,3% do total. Em 2000 correspondia a 81,2%. Esse crescimento se torna mais impressionante se considerarmos

que, em 1940, a população brasileira que residia nas cidades era de 18,8 milhões e, em 2000, era de aproximadamente 138 milhões de habitantes. Esse intenso processo de urbanização, associado ao crescimento desordenado das grandes cidades brasileiras e à falta de planejamento urbano, tem gerado graves problemas socioambientais que exercem forte impacto sobre a saúde e qualidade de vida da população. (MARICATO, 2001).

Esse cenário se torna mais evidente quando se observam as condições em que vivem os moradores dos bairros periféricos das grandes cidades, incapazes de desfrutar de bens e serviços essenciais, como: água, saneamento, educação, serviços de saúde, coleta de resíduos sólidos, transporte acessível e seguro, moradia digna e demais recursos necessários ao desenvolvimento humano e qualidade de vida satisfatória.

Segundo MENDES (2000), as reflexões acerca da urbanização e seu impacto sobre a qualidade de vida da população têm estimulado a busca de modelos de gestão capazes de contribuir para a redefinição e redistribuição de competências e recursos públicos e para a redefinição do papel do Estado, tendo como uma de suas estratégias a revalorização do poder local e o incentivo à participação social no processo de tomada de decisões.

Aproximar os cidadãos dos gestores da cidade favorece o município como ente federativo e colabora para que o governo local identifique necessidades e formule políticas sustentáveis de saúde e meio ambiente voltadas para a melhoria das condições de vida. Entretanto, como salienta JUNQUEIRA (2000), as soluções não são simples e "não se resolvem apenas no âmbito de uma política social, pois os problemas sociais não se manifestam setorialmente" (p. 19). Nesse sentido a compreensão do contexto e as propostas de soluções devem resultar de uma ação integrada das diversas políticas que, por sua vez, determinam o modos como a cidade se organiza e regulam a maneira como florescem as relações entre os

diversos setores da sociedade (VIEZZER e OVALLES, 1994; JUNQUEIRA, 1998; JUNQUEIRA, 2000).

Conscientes dessas questões, pesquisadores, agências de fomento, organizações não-governamentais, representantes do poder público que atuam na área de planejamento urbano, em geral, e na área de saúde e meio ambiente particularmente, vêm propondo novas formas de elaboração de políticas públicas que abordem, em uma nova perspectiva, o significado do desenvolvimento socioeconômico com base em uma nova visão do papel do Estado. Estado parceiro das organizações não-governamentais e das empresas privadas, articulado em suas próprias partes e com a sociedade civil, mas responsável pela condução do processo de reformulação das políticas relativas ao desenvolvimento socioeconômico (WESTPHAL e ZIGLIO, 1999).

Neste contexto, as agendas sociais de desenvolvimento local começam a surgir como iniciativas inovadoras baseadas em estratégias e princípios capazes de dar conta da complexidade dos problemas e contribuir para a melhoria da saúde e da qualidade de vida dos municípios. Entre as iniciativas existentes podemos destacar três dessas agendas: Agenda 21 Local, Cidades/Municípios Saudáveis[1] e a estratégia de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável, mais conhecida como DLIS.

---

[1] De acordo com Westphal (2000, p. 43) "alguns enfatizam a utilização da denominação Cidade Saudável" porque é a partir dos direitos e necessidades dos cidadãos que vivem em um determinado contexto sócio-cultural que a sociedade e o Estado irão debater a questão *os mínimos sociais* para uma condição de vida humana. A questão crucial é a cidade, os cidadãos que vivem nela, o crescimento populacional das áreas urbanas e os problemas dele decorrentes. Enfatizam o sujeito do processo e não a forma de operação (Castells & Borja, 1996; Duhl, 1986) (...) Na América Latina e no Brasil, em particular, defende-se a denominação *município saudável*, pois o movimento se refere a uma forma de atuação em saúde e nas questões relacionadas com o desenvolvimento econômico e social do município como região administrativa, englobando áreas urbanas (cada vez mais inchadas) e áreas rurais (cada vez mais abandonadas). Os seus defensores chamam a atenção para o outro lado da questão, que seria a prática de atuação. Em função dos princípios de

A agenda social de desenvolvimento local Cidades/Municípios Saudáveis é promovida principalmente pelo setor saúde e faz parte de um conjunto de políticas urbanas difundidas e implantadas pela Organização das Nações Unidas, especialmente por meio da Organização Mundial da Saúde (OMS).

A Agenda 21 Local é promovida pela área de meio ambiente e se constituiu em um compromisso firmado, em 1992, durante a I Conferência das Nações Unidas sobre Meio ambiente e Desenvolvimento, mais conhecida como Eco 92. A estratégia DLIS surgiu a partir das Rodadas de Interlocução Política do Conselho da Comunidade Solidária, que contava com a participação de indivíduos e instituições que se dedicavam ao tema desenvolvimento do local. Em 1999, no governo de Fernando Henrique Cardoso, ela passou a ser experimentada em grande escala por meio do Programa Comunidade Ativa.

Segundo JUNQUEIRA (2000), essas três agendas sociais possuem princípios e estratégias de ação que aparentemente se sobrepõem.

A hipótese deste trabalho é que essas agendas realmente se baseiam nos mesmos princípios e valores e utilizam estratégias semelhantes, mas que agem de forma desarticulada e, assim, não estão promovendo o desenvolvimento local de forma sustentável e não têm contribuído para modificar significativamente o cenário de iniqüidades e exclusão social no Brasil, não têm diminuindo as diferenças regionais nem eliminando os bolsões de pobreza existentes.

---

descentralização administrativa brasileira, municipalização, participação comunitária e controle social, o espaço do município é, atualmente, um lugar privilegiado para a implementação de estratégias de Promoção de Saúde (WESTPHAL, 2000, P. 43). Para fins desse estudo, optamos por utilizar a expressão Cidades/Municípios Saudáveis.

Nossa proposta é desvendar se realmente há pontos em comum, intersecções teóricas, metodológicas e de princípios e valores entre estas agendas e, portanto possibilidade de articulação entre elas.

É neste contexto e na perspectiva da promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida que esta proposta de investigação se insere, com o objetivo de contribuir para o debate sobre modelos de desenvolvimento local. Com base nas referências teóricas existentes na literatura brasileira sobre o assunto, será feita a discussão sobre a possibilidade de integração entre essas agendas sociais em execução no Brasil.

1.2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

1.2.1 A Política Nacional de Promoção da Saúde e o Desenvolvimento Sustentável

O setor da saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Há, pois, um esforço na construção de um modelo de atuação em saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos. Para a consecução desse objetivo, o desafio que se apresenta para o governo federal, especialmente para o Ministério da Saúde, está em propor uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor saúde, os outros setores do governo, os setores privados e não-governamentais e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes em processos de desenvolvimento humano e social. A publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde – Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006, ratificou o compromisso da atual gestão do Ministério da Saúde de ampliação e qualificação das

ações de promoção da saúde, incluindo entre elas, a promoção do desenvolvimento sustentável.

Sabendo da existência de um amplo volume de iniciativas institucionais presentes em diversos municípios e microrregiões, que envolvem metodologias explícitas de desenvolvimento local, mas que não se denominam promoção da saúde, nem se fazem conhecer como iniciativas de "Cidades/Municípios Saudáveis", a agenda de desenvolvimento local proposta pela Organização Mundial de Saúde, começamos a pensar na possibilidade de produzir conhecimentos que pudessem facilitar a articulação entre essas diferentes iniciativas.

O "estímulo à produção de conhecimentos e o desenvolvimento de capacidades em desenvolvimento sustentável" é uma das ações previstas na Política Nacional de Promoção da Saúde como estratégia para a "promoção do desenvolvimento sustentável" (Ministério da Saúde, 2006, p. 37-38).

A relação entre saúde e desenvolvimento tem sido debatida nos últimos anos. ZIGLIO e col. (2000) há seis anos já afirmava, com base em estudos realizados no leste europeu, que o desenvolvimento social e econômico são categorias-chave para os governos atuarem sobre os determinantes da saúde e qualidade de vida. Segundo o autor, "tais estudos apontam que os primeiros sinais de deterioração no estado de saúde das populações são, em geral, determinados por mudanças em suas condições sociais, econômicas e ambientais" (p. 7).

> No nível nacional, há uma relação evidente entre a performance econômica, distribuição de renda e estado de saúde, que tem implicações significantes para o processo de elaboração de políticas sociais e econômicas. Quanto maior a renda média per capita de um país, e quanto mais eqüitativa sua distribuição, maior a tendência de vidas mais longas e saudáveis para a população (ZIGLIO e col., 2000, p. 7).

Com o processo de descentralização verificado nas últimas décadas, passou-se a reconhecer a importância das cidades e a necessidade de promover o desenvolvimento econômico social "de baixo para cima". Analisando o crescimento econômico e a modernização dos Estados latino-americanos e os históricos problemas socais existentes no continente, que ainda persistem, verifica-se que as estratégias utilizadas para superá-los, "de cima para baixo" não foram nem suficientes, nem eficientes a ponto de mudar a situação (VALDIVIESO, 2003).

Acreditamos que, ao fortalecer os mecanismos de gestão municipal em busca do estabelecimento de ações voltadas para o desenvolvimento local, ao aumentar o investimento no desenvolvimento da confiança dos cidadãos no governo, ampliando o capital social local e, ainda, ao fortalecer a ação dos cidadãos para que participem da formulação e implementação de políticas públicas capazes de satisfazer as necessidades dos moradores, estar-se-á contribuindo para a melhoria da saúde, da qualidade de vida rumo a um futuro sustentável. Estas premissas estão relacionadas às propostas de estratégias transversais da promoção da saúde para o desenvolvimento local, como veremos mais adiante.

Assim, com base na análise da literatura referente a algumas agendas de desenvolvimento local - Cidades/Municípios Saudáveis, Agenda 21 Local e Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (DLIS) – buscaremos verificar semelhanças e diferenças em relação a estratégias, princípios e valores e, de acordo o referencial da promoção da saúde relacionado ao enfoque de desenvolvimento, dimensionar dificuldades e potencialidades para uma possível articulação e convergência.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA

As inter-relações, a complexidade e o aspecto multicausal dos problemas que afetam a saúde e a qualidade de vida necessitam estratégias inovadoras tanto para a identificação quanto para a redução dos riscos típicos da saúde no ambiente urbano (GOUVEIA, 1999).

Segundo WESTPHAL (2000), vários autores ligados às ciências sociais e à filosofia vêm discutindo formas de conceituar qualidade de vida. Para a autora, percebe-se:

> (...) uma tensão constante entre o fato de a qualidade de vida ser determinada por fatores objetivos, tais como as condições materiais necessárias a uma sobrevivência livre de miséria, ou por fatores subjetivos, como a necessidade de se relacionar com outras pessoas, formar identidades sociais, sentir-se integrado socialmente e em harmonia com a natureza. Sendo que alguns autores expressaram posições radicalizadas relacionadas à valorização desses dois fatores. (WESTPHAL, 2000, p.44).

A tendência atual, portanto, segundo WESTPHAL (2000), é considerar tanto os fatores subjetivos como os objetivos na definição do conceito de qualidade de vida. O processo de capacitação necessário para alcançar funcionalidades elementares objetivas são por exemplo: alimentar-se, ter abrigo, saúde; e as subjetivas, mas igualmente importantes, envolvem o auto-respeito, a integração social e a capacidade de participar das decisões que interferem no destino de nossas vidas.

A resolução dos problemas socioambientais e econômicos existentes nos municípios, que afetam a saúde e a qualidade de vida de seus moradores, necessita do estabelecimento de políticas públicas em vários setores do governo e ações integradas entre diferentes setores do poder local,

decididas participativamente com os diferentes segmentos da população local.

Este enfoque, segundo SACARDO (2004), incorpora os princípios da promoção da saúde e baseia-se na concepção de que o estado da saúde ou da doença não se restringe basicamente ao aspecto biológico, mas incorpora as condições do entorno social e estilo de vida, determinantes do processo de produção social da saúde relacionado à distribuição de oportunidades e riscos inerentes a este processo.

A promoção da saúde pode ser considerada um instrumental conceitual, político e metodológico que gira em torno da história social do processo de saúde-doença, e que visa analisar e atuar sobre as condições sociais positivas e negativas, que são críticas para melhorar as condições de saúde e a qualidade de vida da população. (CERQUEIRA, 1997; BUSS, 1998; MENDES e FERNANDEZ, 2003).

Para Sutherland e Fulton, citados por BUSS (2000), as diversas conceituações de promoção da saúde podem ser reunidas em dois grupos. No primeiro, a promoção da saúde teria como finalidade contribuir para a transformação de comportamentos e estilos de vida por meio da realização de atividades educativas relacionadas a comportamentos de riscos à saúde, passíveis de mudança, que estariam sob o controle dos próprios indivíduos. Em outro grupo, estariam as atividades da promoção da saúde voltadas para o enfrentamento das condições relativas à coletividade, isto é: para o ambiente físico, social, político, econômico e cultural, por meio da formulação de políticas públicas e de condições favoráveis para o desenvolvimento da saúde e o fortalecimento da capacidade dos indivíduos e da comunidade em que estão inseridos. É importante nos posicionarmos em relação a estas duas perspectivas da promoção da saúde para a análise das diferentes agendas sociais de desenvolvimento local e para assumirmos

uma das duas posições. Para isso vamos fazer uma breve análise histórica dos conceitos de promoção da saúde.

O termo promoção da saúde foi usado pela primeira vez por Henry Sigerist em 1946, na tentativa de reordenar o sentido da medicina na sociedade em quatro funções essenciais: promoção da saúde, prevenção de enfermidades, cura e reabilitação dos doentes (CERQUEIRA, 1997; RESTREPO e MÁLAGA, 2001; ANDRADE e BARRETO, 2002).

Sigerist, segundo RESTREPO e MÁLAGA (2001), foi o precursor ao utilizar a expressão promoção de saúde para abordar ações embasadas em educação sanitária e ações do Estado voltadas para a melhoria das condições de vida da população. Para os autores, a proposta desse autor incorporava as noções de educação básica e educação em saúde para todos; melhores condições de trabalho e de vida para a população; meios de recreação e lazer; presença de centros médicos de pesquisa e capacitação; existência de um sistema público de saúde de acesso universal à população espacialmente adstrita a uma equipe médica, capaz de aconselhar e contribuir para a manutenção da saúde e restaurá-la quando falhasse a prevenção.

O movimento contemporâneo da promoção da saúde emergiu formalmente em 1974, no Canadá, com a divulgação do documento *A New Perspective on the Health of Canadians,* também conhecido como *Informe Lalonde.* Este documento oficial questionou o papel exclusivo da medicina na resolução de problemas de saúde, propondo um novo enfoque mais amplo de saúde para o enfrentamento dos problemas canadenses. Segundo o documento de Lalonde, a produção social da saúde envolve quatro campos de ação: a biologia humana, o ambiente, os hábitos ou estilos de vida saudáveis e a organização dos serviços de saúde.

Para BUSS (2003) "a motivação central do Informe Lalonde parece ter sido política, técnica e econômica, pois objetivava enfrentar os custos crescentes da assistência médica e, ao mesmo tempo, questionar a abordagem exclusivamente biomédica para as doenças crônicas, devido a resultados poucos significativo que aquela apresentava" (p.23).

CERQUEIRA (1997) aponta que tal enfoque apresenta um alcance limitado, pois, ao considerar os indivíduos como os responsáveis pela saúde, desacreditam as determinações sociopolíticas e econômicas e enfraquecem os esforços para articulá-las, descomprometem os governantes e os formuladores de políticas das responsabilidades de interferir nesses determinantes e culpam os indivíduos pela situação de saúde em que se encontram.

Para Draper, citado por BUSS (2003), o *Informe Lalonde* ofereceu uma nova abordagem para a análise das políticas de saúde. A influência desse documento foi abrir as portas para um novo debate, ampliando as discussões para além dos aspectos biomédicos, e reconhecer politicamente a necessidade de inovações no campo da saúde.

Ao questionar a capacidade de resposta do modelo biomédico de atenção à saúde, esse documento repercutiu em várias partes do mundo e, juntamente com a concepção de promoção da saúde de Sigerist, tornaram-se os referenciais iniciais que contribuíram para compor um novo paradigma de saúde, formalizado pela primeira vez e ainda de modo incipiente na Rússia, na Conferência de Alma-Ata, em 1978. Esta Conferência teve como produto a *Declaração de Alma-Ata*, que apresentou uma ampliação da visão de cuidado à saúde, instituindo a meta "Saúde para todos no ano 2000". Essa declaração recomendou também a adoção de uma estratégia da atenção primária à saúde mais ampla, voltada para o acesso à educação, à alimentação adequada, ao abastecimento de água e saneamento, à atenção materno-infantil, à imunização contra doenças infecciosas, à prevenção de

endemias, ao tratamento de doenças infecciosas e acidentes, fornecimento de medicamentos básicos à realização de ações com enfoque multissetorial e voltadas ao envolvimento comunitário. Sua mensagem principal foi a institucionalização de um novo modelo de atenção básica à saúde que privilegiasse a participação e que superasse o modelo de atenção convencional de serviços de saúde. A importância da participação comunitária na promoção da saúde, também enfatizada nessa Declaração, salientou que a comunidade tem o direito e o dever de participar de forma individual e coletiva no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde (BOUTILLER e col. 2000).

Posteriormente, em 1986, foi realizada a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, no Canadá, da qual participaram somente representantes de países desenvolvidos, e que teve como produto a *Carta de Ottawa*, na qual ficou inscrito o resultado de um processo de reflexão, que culminou com a recuperação do sentido ético da vida e assumiu como pré-requisitos fundamentais para a saúde e qualidade de vida: "a paz, a educação, a habitação, o poder aquisitivo, um ecossistema estável, a conservação dos recursos naturais e a eqüidade". Ampliou-se, assim, a concepção de saúde até então utilizada, chamando a atenção para a ampla determinação do processo de saúde-doença: biológica, social, econômica, cultural e política.

A promoção da saúde foi definida pela Carta de Ottawa como:

> O processo de capacitação na comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um processo para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na

> direção de um bem-estar global. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.19).

A Carta assume o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS) e salienta que "a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento humano, social, econômico, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.20).

A eqüidade social foi apregoada como um dos pilares da promoção da saúde sendo um dos seus objetivos reduzir as diferenças no estado de saúde da população, e tornar possível o acesso a bens e serviços diversos, necessários para uma vida mais saudável.

Sobre a importância da Carta de Ottawa, FERRAZ (1999) ressalta que o documento ampliou a concepção de promoção da saúde, ao incorporar a o impacto das dimensões socioeconômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde. Houve um reconhecimento, segundo a autora, "de que a promoção de saúde não concerne exclusivamente ao setor saúde, mas ao contrário, ela se constitui numa atividade essencialmente intersetorial" (p.26).

A Carta de Ottawa deu mais ênfase à participação social e ao desenvolvimento comunitário como um princípio da promoção da saúde, ao conclamar o papel ativo da população na definição das prioridades para a saúde, na tomada de decisões, no planejamento de estratégias, e na sua implementação para alcançar melhores condições de saúde (BOUTILLER e col. 2000). O centro desse processo é o fortalecimento do poder das comunidades – a posse e o controle dos seus próprios esforços e destino (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.21).

Nesse documento, também foram estabelecidas cinco áreas operacionais para implementar as estratégias de promoção da saúde:

> 1. Elaboração de políticas públicas saudáveis;
> 2. Criação de ambientes saudáveis;
> 3. Fortalecimento de ações comunitárias;
> 4. Desenvolvimento de habilidades pessoais e mudanças de estilos de vida;
> 5. Reorientação dos serviços de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.21).

Os cinco campos de ação da promoção da saúde inscritos na Carta de Ottawa diferenciam-se das estratégias de saúde tradicionalmente desenvolvidas pelo setor saúde e, principalmente, das ações de prevenção de doenças, exceto as que se referem à reorientação dos serviços de saúde.

Para as finalidades deste estudo, consideramos importante especificar o entendimento a respeito desses campos de ação, ou melhor, ao que denominamos estratégias da promoção da saúde, que servirão como referencial para analisarmos e compararmos as diferentes estratégias das agendas de desenvolvimento local.

A Carta de Ottawa também aponta para os determinantes múltiplos da saúde e para a intersetorialidade, e estabelece para o setor saúde um papel mediador nos diferentes interesses existentes na sociedade relacionados à saúde:

> Os pré-requisitos e perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor saúde. Mais importante, a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde, e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia. As pessoas, em todas as esferas da vida, devem envolver-se neste processo como indivíduos, famílias e comunidades. Os profissionais e grupos sociais, assim como pessoal de saúde, têm grande responsabilidade na mediação entre os diferentes, em relação à saúde, existentes na sociedade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 20).

Esse documento tem sido, desde sua divulgação, o principal marco referencial da promoção da saúde, da forma como foi apregoada nas outras cinco conferências internacionais que ocorreram nos anos 1988, 1991, 1998, 2000 e 2005. (BUSS, 2003).

A II Conferência Internacional em Promoção da Saúde foi realizada em Adelaide, Austrália, em 1988. Essa Conferência reafirmou os compromissos da Declaração de Alma-Ata e da Carta de Ottawa e teve como tema central as políticas públicas saudáveis, que são as políticas que se caracterizam "pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas na saúde da população" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 26).

Esse encontro identificou quatro áreas prioritárias para promover ações imediatas em políticas públicas saudáveis: apoio à saúde da mulher; alimentação e nutrição; tabaco e álcool; criação de ambientes saudáveis.

Na declaração afirma-se que a principal finalidade das políticas saudáveis é a criação de ambientes físicos e sociais favoráveis à saúde.

O documento também declara o compromisso da promoção da saúde com a eqüidade, quando se refere à necessidade de superar as desigualdades no acesso a bens e serviços existentes na sociedade, bem como ao relacionar tais desigualdades às iniqüidades em saúde. Para superar as desigualdades existentes entre as pessoas em desvantagem social educacional e as mais abastadas, a Declaração de Adelaide julga necessário o surgimento de políticas capazes de incrementar o acesso dos grupos vulneráveis a bens e serviços promotores de saúde e a criação de ambientes saudáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A III Conferência Internacional em Promoção da Saúde foi realizada em Sundsvall, na Suécia, e ocorreu um ano antes da Conferência das Nações Unidas do Meio Ambiente e do Desenvolvimento (CNUMAD), mais conhecida como Eco 92, realizada no Rio de Janeiro. A Conferência foi realizada em um período de intenso debate sobre as questões ecológicas. Para ANDRADE e BARRETO (2002), ela pode ser considerada uma

"espécie de pré-Eco 92" uma vez que a Conferência de Sundsvall colocou a discussão ambiental na pauta da agenda da saúde, abordando a inter-relação saúde e ambiente.

No parágrafo final da Declaração de Sundsvall, os participantes solicitaram à Conferência das Nações Unidas do Meio Ambiente e do Desenvolvimento (CNUMAD) que considerasse a Declaração de Sundsvall nas deliberações sobre a Carta da Terra e a Agenda 21, por considerar esses documentos um plano de ação para o século 21 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

A Declaração da Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Santafé de Bogotá, em 1992, foi o primeiro espaço de debate desta questão na América Latina. A Carta de Bogotá reafirma a saúde como uma conseqüência do contexto econômico, social e político da região e assume a relação existente entre saúde e desenvolvimento. O documento assinala que a promoção da saúde tem como desafio, na América Latina, "transformar essas relações, conciliando os interesses econômicos e os propósitos sociais de bem-estar para todos, assim como trabalhar pela solidariedade e eqüidade social, condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 40).

Em 1997, foi realizada em Jacarta, Indonésia, a IV Conferência Internacional em Promoção da Saúde. Esta foi a primeira Conferência realizada em um país em desenvolvimento e a primeira a incluir o setor privado e a importância da responsabilidade social nas discussões de promoção da saúde.

Nessa ocasião, foram reexaminados os determinantes de saúde. Foram também identificadas as seguintes estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde no século 21: promover a responsabilidade social para com a saúde; aumentar os investimentos para fomentar a saúde; consolidar e expandir parcerias em prol da saúde; aumentar a capacidade

da comunidade e dar direito de voz ao indivíduo; conseguir uma infra-estrutura para a promoção da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001; ANDRADE e BARRETO, 2002).

Posteriormente, na V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na Cidade do México em 2000, foi assinado um documento dos ministros da saúde participantes, que, entre outros aspectos, reconheceu que a promoção da saúde e o desenvolvimento social são deveres e responsabilidade central dos governos, compartilhada por todos os setores da sociedade. Também foi reiterada a importância da abordagem dos determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde, sendo necessário o fortalecimento dos mecanismos de colaboração para a promoção de saúde em todos os setores e níveis da sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p.53).

Finalmente, em 2005, na Tailândia, ocorreu a Conferência de Bangcoc. A *Carta de Bangcoc para a Promoção da Saúde em um Mundo Globalizado* veio reforçar os princípios de justiça social e eqüidade da Carta de Ottawa e chamar a atenção para o crescimento das desigualdades, tanto nos países, como entre os países, em decorrência do processo de globalização. Também foram ressaltadas as atuais formas de consumo e comunicação; as medidas de comercialização nacionais e internacionais; as mudanças ambientais mundiais e o aumento da urbanização como condições que a serem observadas com atenção, pois têm influenciado tanto positiva como negativamente de forma decisiva e crítica a saúde das populações.

A Carta de Bangcoc estabelece como ações necessárias para enfrentar os problemas deste século: (1) advocacia pela saúde com base nos direitos humanos e na solidariedade; (2) investimentos em políticas sustentáveis, ações e infra-estrutura para atuar nos determinantes da saúde; (3) desenvolvimento de capacidades para desenvolvimento de políticas, liderança, prática de promoção da saúde, transferência de conhecimento,

pesquisa e conhecimentos básicos de saúde; (4) ações de regulação e legislação para assegurar um alto nível de proteção aos agravos e para criar oportunidades iguais de saúde e bem-estar para todas as pessoas e finalmente, (5) construção de parcerias e alianças com organizações públicas, privadas, não-governamentais e sociedade civil com o objetivo de criar ações sustentáveis.

Nessas cartas, portanto, foi aberto um espaço para um trabalho pela melhoria das condições de saúde e qualidade de vida no cotidiano da população, sendo o conceito norteador a "saúde como produção social".

2.1.1 Concepções do Processo Saúde e Doença, Adotadas pela Promoção da Saúde e os Determinantes Sociais de Saúde

As Conferências Mundiais, conforme acabamos de apresentar, ressaltaram a importância da promoção da saúde como uma nova forma de abordagem da questão de saúde, em uma perspectiva mais ampla e mais humanística em toda sua complexidade, conforme. Ampliaram também o enfoque das políticas públicas "pela saúde" diferenciando-as das políticas "do setor saúde", somente. A discussão desta forma ampliada de visualizar e agir pela saúde tem contribuído para revisitar os pressupostos do Sistema Único de Saúde, recuperando o conceito de saúde definido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que depois foi inscrito no capítulo sobre saúde da Constituição Brasileira: saúde como bem-estar, como qualidade de vida e não mais em uma perspectiva exclusivamente biológica, mecanicista e individual, e, sim, numa perspectiva holística, contextual, e coletiva. Hoje, a promoção da saúde, na perspectiva que elegemos, em vez de privilegiar somente o controle dos fatores individuais e de risco, passa a utilizar também estratégias direcionadas para a ação política pela melhoria das condições de vida e voltadas para o coletivo (PEREIRA e col., 2000).

Esse novo olhar fez emergir a percepção de que a saúde é resultante de um conjunto de fatores individuais e coletivos, sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais que interagem entre si de forma dinâmica. Desta forma, para se promover a saúde é necessário identificar esses fatores e agir sobre eles. Por estarem ligados às condições de vida das pessoas, esses determinantes adquirem extrema significância no nível local, onde se expressa a vida cotidiana dos indivíduos (BUSS e FERREIRA, 2002).

Para LABONTE (1996), os problemas da saúde, segundo o paradigma da saúde pública, podem ser caracterizados em três categorias: a primeira, a biomédica, baseada na doença e no estabelecimento de ações voltadas para tratar os sintomas, erradicar a doença e prevenir que o processo se agrave; a segunda, voltada para a prevenção de doenças, baseada na conduta e na promoção de comportamentos saudáveis, começando, na maioria das vezes, na idade escolar quando as pessoas são saudáveis, e é preciso prevenir para que não adoeçam; e, finalmente, a última categoria, que apresenta um enfoque socioambiental, que busca a criação de entornos físicos e sociais que favoreçam a saúde e o bem-estar dos indivíduos. As estratégias dessa última categoria baseiam-se em ações políticas e transformadoras e buscam a mudança social por meio da formulação de políticas públicas saudáveis. Segundo o autor, esta seria a direção seguida pelos profissionais que se identificam com a promoção da saúde baseada na perspectiva socioambiental, e que não são somente os profissionais do setor saúde.

O enfoque adotado neste estudo sobre promoção da saúde é o socioambiental, que orienta as ações para o universo dos determinantes da saúde (pessoais e não pessoais).

Segundo BUSS (2006), alguns determinantes da saúde são biológicos e estão sob controle dos indivíduos, (por exemplo, certas condutas

individuais); outros são de caráter coletivo e dependentes de políticas públicas e das condições políticas, econômicas, culturais, sociais e ambientais.

Os determinantes sociais da saúde podem ser compreendidos como as condições sociais em que as pessoas vivem e se relacionam, ou nas palavras de Tarlov, citado por BUSS (2006), 'as características sociais dentro das quais a vida transcorre'. Os determinantes sociais exercem um impacto direto na saúde e, além disso, estruturam outros determinantes da saúde (ex: ambiental, cultural, comportamental) e, por isso, são considerados 'a causa das causas' (BUSS, 2006).

O conceito de determinantes sociais da saúde surgiu a partir do intenso debate ocorrido nas décadas de 1970 e 1980 sobre as limitações das intervenções sobre a saúde orientadas pelo modelo biomédico, individual e curativo. As críticas faziam parte do movimento em busca de um novo paradigma para as políticas de saúde e apregoavam que, para compreender e melhorar a saúde, era necessário "foco nas populações" e o estabelecimento de pesquisas e políticas voltadas à sociedade na qual os indivíduos estavam inseridos. Um consenso entre essas críticas era o reconhecimento de que a atenção médica curativa não é a única responsável pela saúde das pessoas. Assim, os determinantes sociais estariam relacionados aos fatores que auxiliam as pessoas a se tornarem saudáveis em vez de curá-las quando estivessem enfermas (CDSS, 2005).

Nos últimos anos, têm surgido diversos modelos explicativos que analisam as relações entre as formas de organização, o desenvolvimento de uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população. O desafio desses modelos, segundo BUSS (2006), é estabelecer uma hierarquia de determinações entre os fatores globais de natureza social, econômica, política e as mediações por meio das quais esses fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas. Assim, segundo o autor, a

complexidade dessas mediações permitiria a compreensão sobre a razão de não existir uma correlação constante entre indicadores macroeconômicos da riqueza de uma nação, como o Produto Interno Produto (PIB) e os indicadores de saúde. Seria de se esperar que o montante da riqueza gerado por uma nação fosse um elemento importante para criar melhores condições de vida e saúde (BUSS, 2006).

De fato, como muito bem salienta Wilkinson, citado pela CDSS (2005), uma vez superado um determinado limite do crescimento econômico de um país, um crescimento adicional da riqueza não implica em melhorias significativas das condições de vida e de saúde da população. A partir desse nível, o fator mais importante para explicar a situação geral de saúde de um país está relacionado não com sua riqueza total mas, sim, com a maneira como ela se distribui.

Para entender o sentido da produção social da saúde e sobre ela agir no cotidiano, é fundamental identificar e equacionar os determinantes sociais da saúde com base nos princípios da promoção da saúde, entre eles o da eqüidade social.

2.1.2 As Estratégias da Promoção da Saúde

Para as finalidades deste estudo consideramos importante especificar nosso entendimento a respeito desses campos de ação, ou melhor, ao que denominamos estratégias da promoção da saúde, que servirão como referencial para analisarmos e compararmos as diferentes estratégias das agendas de desenvolvimento local.

Segundo a Carta de Ottawa, e confirmada nas Cartas e Declarações posteriores de promoção da saúde, são cinco os campos de promoção da saúde, a saber:

1. A elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, que possam minimizar as desigualdades por meio de ações sobre os determinantes dos problemas de saúde, nos múltiplos setores onde eles se localizam. Pode haver políticas elaboradas para intervir nos mecanismos através dos quais a cultura hegemônica gera e mantém comportamentos positivos e negativos à saúde, como por exemplo, a "Convenção Quadro sobre o tabaco", elaborada para conter o uso do tabaco, incentivado pelas indústrias produtoras de cigarro. As políticas públicas saudáveis podem ser estabelecidas por qualquer setor da sociedade. Para serem reconhecidas como do campo da promoção da saúde, precisam demonstrar potencial para produzir saúde socialmente. São exemplos de políticas saudáveis o Estatuto da Criança e do Adolescente, o Estatuto da Cidade, a Política Nacional de Trânsito, a Política Nacional de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde. Todas as mencionadas atendem ao critério, isto é, têm potencial para produzir saúde socialmente. (WESTPHAL, 2006).

2. O reforço da ação comunitária envolve a participação social de atores do Estado e da sociedade civil na elaboração e controle das ações, iniciativas e programas de promoção da saúde. Deve ter como resultado o empoderamento da comunidade e o aumento do capital social a partir da formação de redes sociais nas comunidades. Prioriza o fortalecimento das organizações comunitárias, a redistribuição de recursos, informações e o empoderamento coletivo, ou melhor, capacitação dos setores marginalizados do processo de tomada de decisões, para se fortalecerem e formarem grupos de pressão para abertura do aparato estatal ao controle do cidadão. (WESTPHAL, 2006).

3. A criação de espaços saudáveis que apóiem a promoção da saúde. Como a saúde é produzida socialmente e nós convivemos em diferentes espaços, é desejável que as pessoas participem da reflexão sobre potencialidades e problemas existentes nos seus espaços de convivência: escolas, unidades de saúde, hospitais, locais de trabalho, espaços de lazer e o município como

BIBLIOTECA / CIR
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

um todo. É nesta estratégia que localizamos os movimentos e redes de municípios saudáveis que serão objeto deste estudo, bem como outras estratégias e redes como a de escolas promotoras de saúde, de locais de trabalho saudáveis, de habitação saudável que estão sendo organizados no país e na América Latina (WESTPHAL, 2006).

4. O desenvolvimento de habilidades pessoais que se viabilizam por meio de estratégias educativas, programas de formação e atualização que ofereçam aos indivíduos a possibilidade de aprenderem a participar, a criar ambientes de apoio à promoção da saúde e desenvolver habilidades pessoais relacionadas à adoção de estilos de vida saudáveis (WESTPHAL, 2006).

5. A reorientação dos serviços de saúde representa o esforço para ampliação do acesso aos serviços e programas, para o incremento de atividades preventivas através da moderna abordagem da promoção da saúde e outras atividades relacionadas. (WESTPHAL, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (1998a) chama a atenção para a importância de profissionais utilizarem múltiplas estratégicas concomitantemente na promoção da saúde, o que significa realizar um trabalho utilizando o desenvolvimento de habilidades pessoais para o fortalecimento de ações comunitárias em um determinado território (entornos saudáveis), para que essas comunidades se mobilizem para a tomada de decisão e formulação de políticas públicas saudáveis (WHO, 1998a).

2.1.3 Os Princípios e Valores da Promoção de Saúde

Segundo a Organização Mundial de Saúde, são caracterizados como iniciativas de promoção de saúde os programas, as políticas e as atividades planejadas e executadas de acordo com os seguintes princípios:

empoderamento, intersetorialidade, concepção holística, democracia, participação social, eqüidade, ações multiestratégicas e sustentabilidade (WHO, 1998a).

Outros autores diferenciam princípios e valores da promoção da saúde, incluindo, entre os primeiros, a participação, a eqüidade, a colaboração intersetorial e a sustentabilidade, e aos valores a democracia, o empoderamento, o respeito à diversidade e a solidariedade. (AKERMAN e col., 2002).

É importante também, para as finalidades deste trabalho, esclarecer o que consideramos como cada um dos "princípios" e "valores" da promoção da saúde. Para dar sentido ao que vínhamos discutindo, a determinação social do processo saúde doença, e para qualificar melhor o nosso entendimento a respeito do assunto, vamos iniciar tratando de um importante princípio inscrito na promoção da saúde, a eqüidade. Em seguida, discorremos sobre intersetorialidade, a democracia, a participação, as redes sociais, o empoderamento, o capital social, a solidariedade, a diversidade e a sustentabilidade.

*E*qüidade

A eqüidade, segundo a Comissão dos Determinantes Sociais de Saúde - CDSS (2005), pode ser compreendida como a ausência de diferenças injustas, evitáveis ou remediáveis na saúde de populações ou grupos definidos por critérios sociais, econômicos, demográficos ou geográficos.

Para Grahan, citado pela CDSS (2005), as iniqüidades na saúde é um conceito diferente de desigualdades em saúde, uma vez que, algumas delas como, por exemplo, a disparidade entre expectativa de vida de homens e mulheres – não podem ser descritas como injustas, e algumas nem são evitáveis, nem remediáveis. Para o autor, as iniqüidades em saúde seriam

resultantes do fracasso em se evitar ou superar desigualdades em saúde que infringem as normas dos direitos humanos, e a justiça social. Elas, segundo o autor, teriam suas raízes na estratificação social.

Neste sentido, WHITEHEAD (2000), para conceituar eqüidade, sugere que se indague: quais são as diferenças em saúde que são inevitáveis e quais seriam as inaceitáveis? A resposta, segundo a autora, poderá variar de país para país e de tempo em tempo mas, de um modo geral, sete principais determinantes da saúde poderiam ser identificados:

> 1. Naturais, determinados por variações biológicas;
> 2. Comportamentos de risco à saúde que resultam de uma livre escolha, como a prática de certos esportes radicais, uso de tabaco e de alguns tipos de alimentação;
> 3. Vantagem transitória de uns grupos sobre outros que adotaram primeiramente comportamento de promoção da saúde, os chamados hábitos saudáveis relacionados à dieta alimentar e atividades físicas;
> 4. Comportamentos de risco à saúde com grau restrito de escolha do estilo de vida, ligados a valores culturais e nível de renda;
> 5. Exposição à insalubridade e condições de vida e de trabalhos exaustivos;
> 6. Acesso inadequado a serviços públicos essenciais, de saúde ou outros;
> 7. Mobilidade social em função da saúde, que se expressa na tendência de pessoas doentes descerem na escala social. (WHITEHEAD, 2000, p. 5).

Segundo a autora, existe um consenso na literatura de que os diferenciais na saúde determinadas pelos fatores 1, 2, e 3 não são responsáveis pelo surgimento de iniqüidades, já as diferenças determinadas pelas categorias 4, 5 e 6 são consideradas evitáveis e causadoras de diferenças injustas. A categoria 7 envolve a tendência de pessoas doentes se tornarem mais pobres, a doença original em questão pode ser inevitável, mas a diminuição da renda das pessoas doentes parecem ser tanto preveníveis quanto injustas.

Para WHITEHEAD (2000), "a eqüidade na saúde implica que idealmente todos devem ter oportunidades de atingir seu completo potencial de saúde e,

mais pragmaticamente, que ninguém deveria ter mais dificuldades que outros para atingir este potencial" (p.7).

Recentemente vários estudiosos têm divulgado suas contribuições sobre o debate filosófico e lógico sobre a eqüidade na saúde e a importância das políticas públicas sociais e envolvimento da sociedade no enfrentamento das iniqüidades existentes. Entre eles é importante destacar a valiosa contribuição de Amartya Sen (2000) que ao longo de sua obra enfatiza, indiretamente, a tradução da eqüidade na saúde em políticas.

Na teoria de Sen, a eqüidade identifica-se com a liberdade que os indivíduos desfrutam ao ampliar suas capacidades pessoais: a liberdade de escolher o tipo de vida que valorizam. Essas capacidades podem ser ampliadas por políticas públicas; por outro lado, a direção das políticas públicas pode ser influenciada pela capacidade participativa dos indivíduos de exigir seus direitos de cidadãos (SEN, 2000).

Para Sen, é fundamental que sejam enfrentadas as principais fontes de privação de liberdade: pobreza e tirania, carência de oportunidades econômicas e destituição social sistemática, negligência dos serviços públicos e intolerância ou interferência excessiva dos Estados repressivos. Segundo o autor, a despeito de aumentos sem precedentes da riqueza global, o mundo nega liberdades elementares a um grande número de pessoas. Às vezes, a ausência de liberdades relaciona-se diretamente, por exemplo, com a pobreza econômica que rouba a liberdade das pessoas de saciar a fome, obter uma nutrição satisfatória, ou de utilizar medicamentos para tratar suas doenças; a oportunidade de vestir-se ou morar de forma adequada, de ter acesso a saneamento básico. Em outros casos, a privação da liberdade vincula-se estreitamente à carência de serviços públicos e assistência social.

Ainda segundo o autor, "com oportunidades sociais adequadas (na forma de educação, serviços de educação e saúde) os indivíduos podem efetivamente moldar seu próprio destino e ajudar uns aos outros. Não precisam ser vistos como beneficiários passivos de engenhosos programas de desenvolvimento" (SEN, 2000, p. 27).

Inspirados no trabalho de Sen, os autores Stronks e Gunning-Shepers citados pela CDSS (2005), construíram um argumento que ressalta a importância das ações governamentais para agir sobre as iniqüidades na saúde, baseado na teoria de justiça social. Para esses autores, uma sociedade justa é capaz de fornecer um alto grau de liberdade para todos os seus membros, especificamente a "liberdade positiva" de escolher o projeto de vida que querem desenvolver. Um governo justo é aquele que é capaz de promover todas as condições necessárias para que os indivíduos exerçam sua liberdade de escolha. Assim, ainda segundo os autores, um bom governo é obrigado a estabelecer ações sobre os determinantes sociais para garantir as igualdades de oportunidades e possibilidades de saúde, evitando as condições sociais que limitem a capacidade de saúde de algumas pessoas e que criem desigualdades de oportunidades para as pessoas exercerem sua liberdade de escolher a vida que querem levar.

Neste contexto, o que se pretende igualar são as oportunidades de saúde e não o status de saúde, já que os indivíduos podem usufruir sua liberdade da maneira que quiserem e podem escolher um estilo de vida que comprometa sua saúde. Em outras palavras, isso significa que as desigualdades em saúde não representam problemas por si só, já que as desigualdades existentes como resultados das escolhas individuais são aceitáveis. Assim, por meio desses pressupostos não se espera que todos os indivíduos tenham o mesmo o nível de saúde, mas que todos os indivíduos tenham a possibilidade de levar uma vida saudável (CDSS, 2005).

Para SEN (2000), a condição dos indivíduos de serem agentes nas escolhas dos rumos de sua própria vida é fundamental para lidar com as privações. Segundo o autor, um agente é "alguém que age e ocasiona mudanças e cujas realizações podem ser julgadas de acordo com os seus próprios valores e objetivos, papel de condição do agente como indivíduo, como membro do público e participante de ações sociais, econômicas e políticas" (p. 33). Por outro lado, essa condição de agente estaria comprometida em países e grupos onde persistem as iniqüidades, pois essa condição é restrita e limitada pelas oportunidades sociais, políticas e econômicas disponíveis.

A afirmação de Anand, citado pela CDSS (2005) converge-se com a de Sen. Para Anand, a saúde é um bem especial que merece atenção especial das autoridades políticas, por ser ela parte constituinte direta do bem-estar de um indivíduo; e por contribuir para que "uma pessoa funcione como um agente" (p. 6). Ainda segundo o autor, as desigualdades na saúde são reconhecidas como "desigualdades na capacidade de funcionamento das pessoas" (p. 6). Assim, quando as desigualdades são frutos da estratificação social, surge uma falha no princípio da igualdade de oportunidades. Portanto, um bom governo deve considerar um aspecto primordial: a distribuição justa de oportunidades de saúde entre os integrantes de uma sociedade.

O que se observa, então, é que existe uma relação próxima entre a equidade e os determinantes sociais da saúde. A conquista da eqüidade na saúde não poderá ser alcançada sem uma atuação sobre os determinantes sociais de saúde. Ao se refletir sobre os determinantes sociais da saúde e sobre o indivíduo como agente, não se deve esquecer a complexidade dos determinantes sociais e a importância das políticas sociais intersetoriais para mitigar as mazelas sociais e as iniqüidades na saúde. Por isso, é fundamental a identificação de estratégias para enfrentar os determinantes sociais da saúde e implementar políticas intersetoriais coerentes e articuladas, buscando a redução das iniqüidades sociais em saúde e o

estabelecimento de ações nas três esferas governamentais com enfoque local. Para que essas políticas sociais tenham êxito, é fundamental o pacto intra e intergovernamental e mobilização de toda a sociedade (CDSS, 2005; BUSS, 2006).

Intersetorialidade

Dada a complexidade dos problemas de saúde, a importância da prática intersetorial tem sido cada vez mais apregoada e vem sendo apontada como fundamental para o estabelecimento de ações sobre os determinantes sociais e as iniqüidades na saúde.

Neste contexto, ao se considerar o espaço local como um marco estratégico na construção de novas práticas e de compromissos públicos, destaca-se, como elemento-chave, a gestão como uma forma de organização social e de relação entre o político, o econômico e o social. Ao contrário de políticas verticais oriundas de estruturas administrativas setoriais, uma forma de gestão integrada, com foco na realidade local e nas iniciativas de novos arranjos institucionais, pode ser entendida como gestão social.

Por isso, a gestão social exige não só do poder local, mas de diferentes atores, o desempenho do papel de promotores e articuladores de políticas públicas, desde a sua definição até a implementação e monitoramento das ações (SILVEIRA e col., 2002).

Essa perspectiva aponta, portanto, para temas que se configuram nos elementos de uma gestão, que incidem fortemente sobre as possibilidades de inclusão social e desenvolvimento locais, quais sejam, a intersetorialidade, a integralidade e a participação social.

MENDES e FERNANDEZ (2003) definem intersetorialidade como:

> Um processo articulado e integrado de formulação e implementação de políticas públicas. Pressupõe a integração de estruturas, recursos e processos organizacionais e se caracteriza pela co-responsabilidade dos diferentes setores governamentais e da sociedade civil, no sentido do desenvolvimento humano e da qualidade de vida. Isso significa a maturidade do setor público em realizar, com a participação dos setores governamentais, do empresariado, de organizações não-governamentais e da sociedade civil, o diagnóstico dos problemas, a identificação de potencialidades e a definição de prioridades (MENDES e FERNANDEZ, 2003, p.14).

As necessidades sociais apresentam-se de formas múltiplas, que exigem intervenções intersetoriais. Ampliar a capacidade de resposta dos setores diante da magnitude e da complexidade dos problemas da população é o desafio para a gestão social voltada às necessidades sociais. Ou seja, "são processos que vão constituir novas institucionalidades plurais, como espaço de planejamento e implementação de políticas" (SILVEIRA e col., 2002. p.258)

Segundo INOJOSA (1998), o processo de descentralização, apesar das diferentes concepções que o tem permeado, colocou os governos municipais diante de uma nova realidade. Para Marsiglia, citado por INOJOSA (1998), os municípios que tinham uma atuação marginal na gestão de políticas públicas, 'começam a enfrentar o desafio de atender urgências sociais que ultrapassam as limitadas e pontuais intervenções que, no campo social, desenvolviam anteriormente. Os problemas de habitação, saúde, emprego, alimentação, e outras. Começam a constituir matéria cotidiana de atenção municipal' (p.42).

JUNQUEIRA (1997) define a intersetorialidade como articulação de saberes e experiências no planejamento, a realização e a avaliação de ações com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando a um efeito sinérgico no desenvolvimento social. Essa dinâmica pressupõe uma forma de gestão da cidade, "buscando superar a fragmentação das políticas, considerando o cidadão na sua totalidade. Isto passa pelas

relações homem/natureza, homem/homem, que determinam a construção social da cidade" (JUNQUEIRA, 1997, p.37).

Para INOJOSA (1998), um modelo governamental que tem a intersetorialidade como princípio, visa propiciar a introdução de técnicas de planejamento e avaliação participativas e integradas, numa perspectiva situacional, de compartilhamento de informações e de permeabilização do controle social. Nessa perspectiva, para WESTPHAL e MENDES (2000), o incentivo à liderança e à participação de todos os setores sociais, incluindo setores da saúde, é vital, pois muitas estratégias e atividades se estendem além da capacidade do setor saúde.

Sobre os desafios a serem superados pela intersetorialidade, INOJOSA (1998) ressalta que, pela capacidade que as relações de poder e organização do trabalho e da estrutura governamental têm na formulação e implementação das políticas públicas, para ter êxitos nos processos de desenvolvimento social não basta relacionar a promoção desse desenvolvimento somente ao projeto de governo para obter uma atuação de êxito. As diretrizes desses processos são relidas pelas diferentes organizações e setores governamentais que realizam os projetos. É preciso abrir canais de participação e preparar as pessoas para as ações, considerando que antigas práticas e interesses contraditórios resistirão à mudança.

Para MENDES e FERNANDEZ (2004), não é recente a crítica ao 'modo de fazer' setorizado, onde políticas específicas não interagem entre si provocando sobreposições de ações e, em conseqüência maior dispêndio de recursos. Também não são novidades a busca e o anseio de se fazer diferente, como comprova a criação de inúmeros fóruns, comitês, comissões e conselhos ao longo das últimas duas décadas. Segundo os autores, a prática setorial tem "suas raízes cravadas no típico pensamento moderno, de base iluminista, que separou o saber em partes especializadas e

independentes". Por isso, autores acreditam que a busca pelo novo não se resume à elaboração de "manuais ou receituários de boa gestão", mas "exige um reexame do modo de conhecer, de pensar e de se colocar frente a papéis posturas e práticas empreendidas" (p.118).

Para BUSS (2000), em qualquer empreendimento de promoção da saúde, deve-se tomar cuidado contra o controle excessivo desse setor para não gerar resistências e provocar isolamentos. Para o autor, ao definir políticas públicas saudáveis, é recomendável o estabelecimento de pactos horizontais com parceiros governamentais e de outras instâncias, o que significaria ter a intersetorialidade como sua principal estratégia (WESTPHAL e MENDES, 2000).

Construir um consenso e formar parcerias através de várias redes e projetos, englobando uma vasta gama de instituições e organizações, seja dentro do setor da saúde, seja com outros setores, é fundamental para garantir que todos os participantes possíveis estejam incluídos. As estratégias da promoção da saúde apóiam a inclusão de representantes do governo local, regional ou nacional, ONGs, cidadãos, grupos de cidadãos e membros do setor privado.

Para BECKER (2001), a promoção da saúde pode ser compreendida como o resultado de ações intersetoriais, agindo nos determinantes gerais da saúde e da qualidade de vida. Cada setor (educação, geração de trabalho e renda, habitação, lazer e cultura, transportes, meio ambiente, assistência social, e outros) deverá ter suas estratégias de atuação, coordenadas por políticas saudáveis, articulando-se com os setores sociais, políticos, econômicos e ambientais.

RESTREPO e MÁLAGA (2001) ressaltam que as políticas públicas saudáveis podem se originar em diversos setores, não necessariamente no setor saúde que tradicionalmente formula as políticas específicas voltadas

para a organização da atenção primária à saúde, ou sistemas de serviços de saúde, assim como orientações para o desenvolvimento de programas de prevenção e controle de doenças.

Milio (1986), citado por SACARDO (2004), propõe que as políticas públicas saudáveis estabeleçam uma estrutura na qual os indivíduos e as comunidades possam ter mais controle sobre sua própria saúde e seu próprio bem-estar. Neste contexto, a participação e a mobilização comunitária, o empoderamento, a educação para a saúde, o diagnóstico comunitário encontram-se presentes e devem contribuir para articular atores sociais em favor da promoção da saúde.

Democracia, participação social e redes sociais

A democracia concretizada pela participação social no processo de tomada de decisões políticas é um dos princípios essenciais da promoção da saúde. Neste sentido, vamos nos dedicar, neste espaço, a definir o que entendemos por democracia, participação social e a necessidade de identificar e ou constituir redes sociais de apoio aos projetos de desenvolvimento local.

De acordo com o Relatório do Desenvolvimento Humano 2002 do PNUD, a governabilidade democrática é um elemento central do desenvolvimento humano, porque por meio da política, e não só da economia, é possível gerar condições mais eqüitativas e aumentar as opções das pessoas.

Para o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD (2004, p. 45), "democracia e desenvolvimento humano compartilham uma visão, um propósito comum: o desenvolvimento humano é um processo para fortalecer as capacidades do ser humano, expandindo as oportunidades de cada pessoa de chegar a ter uma vida respeitável e valiosa; e é necessário, como correlato, uma forma política que assegure tudo isso, a saber, a democracia".

De acordo com SANTOS (2002):

> Os processos hegemônicos de globalização têm provocado, em todo o mundo, a intensificação da exclusão social e da marginalização de grandes parcelas da população. Esses processos estão sendo enfrentados por resistências, iniciativas de base, inovações comunitárias e movimentos populares que buscam reagir à exclusão social, abrindo espaços para a participação democrática e para a edificação da comunidade, para alternativas às formas dominantes de desenvolvimento e conhecimento, em suma, para a inclusão social. (SANTOS, 2002 p. 457).

Para SHETH (2002), o discurso da globalização econômica, ao estabelecer a supremacia do mercado sobre a economia, a sociedade e a cultura, privilegiando a idéia de governo ao invés da transformação social, esvaziou o desenvolvimento do seu conteúdo político e "despolitizou tanto o conceito quanto a prática do desenvolvimento" (p.102). Em outro nível, segundo o autor, a política de globalização econômica, "ao utilizar o poder financeiro e militar dos poucos países poderosos do mundo, começou a colocar as instituições de governo democrático e de soberania popular dos países periféricos numa relação subordinada em relação à estrutura de poder hegemônico global" (p.102).

Segundo o autor, com base nesta avaliação do impacto negativo da globalização econômica, tanto para o desenvolvimento, quanto para a democracia, os movimentos sociais passam a dirigir sua política e atividades para atingir dois resultados inter-relacionados: a repolitização do desenvolvimento e o reinvento da democracia participativa (SHETH, 2002).

Assim, de acordo com SHETH:

> Atualmente, o principal esforço dos movimentos consiste em manter vivo o debate sobre o desenvolvimento mas reformulando-o em termos que possam nacional e globalmente, efetivamente contrariar as estruturas do poder hegemônico. Assim, continuam a enunciar as velhas questões do desenvolvimento em novos termos políticos, ainda que o seu objetivo permaneça o mesmo de sempre, especialmente os que estão na base da pirâmide encontrem o seu justo lugar como produtores na economia e cidadãos na política. Em conformidade com isso, agora encaram o desenvolvimento como uma luta política para a participação das pessoas na definição dos objetivos do desenvolvimento e no planejamento dos meios para atingi-los. (SHETH, 2002, p.103).

No Brasil, a crise desenvolvimentista iniciada na década de 1970, coincidiu com o período de transição democrática (SANTOS, 2002). De acordo com OLIVEIRA (2003), após o regime da ditadura militar, o período de redemocratização, a partir do anos 1980, "produziu avanços na constituição das relações sociais e políticas que têm apontado para o fortalecimento da sociedade e melhor definição do papel do Estado" (p. 22). Nesse processo, segundo o autor, "o tecido social brasileiro" tem ganhado consistência e tem contribuído para "a constituição de parâmetros políticos que norteiam novas relações entre Estado e sociedade no decorrer da redemocratização" (p. 22).

Segundo o autor, é relativamente novo o fenômeno da participação política, tal como se conhece atualmente, seja como expressão dos cidadãos ou de sujeitos sociais coletivos (organizações sociais), visto que, no Brasil, "tradicionalmente, os grupos abastados da sociedade sempre estiveram envolvidos nas questões políticas, econômicas e sociais". De acordo com suas palavras, "as elites, em nome do povo, mantiveram-se à frente da participação política dos cidadãos no processo de tomada das decisões locais, regionais e nacionais" (OLIVEIRA, 2003, p. 72).

Entretanto, ainda segundo o autor, apesar da histórica inexistência da participação política dos cidadãos nos processos de tomada de decisão, nasce na sociedade civil contemporânea, em conseqüência do processo de

democratização do Estado e da sociedade, uma cultura, a 'cultura política participativa'. Essa cultura é compreendida como uma "propagação de novos hábitos e comportamentos políticos dos cidadãos, que se sentem, cada vez mais, sujeitos de processos políticos e decisórios, em especial daqueles que se dão em âmbito local, ou seja, no lugar mais próximo em que atuam". (OLIVEIRA, 2003. p. 15-16).

Na opinião de CHAUÍ (2005, p. 23), "estamos acostumados a aceitar a definição liberal da democracia como regime da lei e da ordem para a garantia das liberdades individuais".

De acordo com a autora:

> Visto que o pensamento e as práticas liberais identificam liberdade e competição, essa definição da democracia significa, em primeiro lugar, que a liberdade tende a reduzir-se, de um lado, ao chamado direito de ir e vir e, de outro, à competição econômica da chamada livre iniciativa e à competição política entre partidos que disputam eleições; em segundo, que há uma redução da lei à potência judiciária para limitar o poder político, defendendo a sociedade contra a tirania, pois a lei garante aos governos escolhidos pela vontade da maioria; em terceiro que há uma identificação entre a ordem e a potência dos poderes Executivo e Judiciário para conter os conflitos sociais, estabelecendo limites (tanto jurídicos como policiais e repressivos) para impedir sua explicitação e desenvolvimentos completos; em quarto lugar, que embora a democracia apareça justificada como valor ou como bem, é encarada, de fato, pelo critério da eficácia, medida, no plano legislativo, pela ação dos representantes, entendidos como políticos profissionais, e, no Plano Executivo, pela atividade de uma elite de técnicos competentes, aos quais cabe a direção do Estado. (CHAUÍ, 2005, p.23).

Nessa perspectiva:

> A cidadania é definida pelos direitos civis e a democracia se reduz a um regime político eficaz, baseado na idéia de cidadania organizada em partidos políticos e se manifesta no processo eleitoral de escolha dos representantes, na rotatividade dos governantes e nas soluções técnicas para os problemas econômicos e sociais. Essa concepção da democracia enfatiza a idéia de representação, ora entendida como delegação de poderes, ora como "governo de poucos sobre muitos" no dizer de Stuart Mill. (CHAUÍ, 2005, p.23).

Já o pensamento político de esquerda, para a autora:

> justamente porque fundado na compreensão do social como divisão interna de classes a partir da exploração econômica e, portanto, como luta de classes, redefiniu a democracia recusando considerá-la apenas um regime político, afirmando, então, a idéia de sociedade democrática. Em outras palavras, as lutas dos trabalhadores no correr dos séculos XIX e XX ampliaram a concepção dos direitos que o liberalismo definia como civis ou políticos, introduzindo a idéia de direitos econômicos e sociais. Na concepção da esquerda, a ênfase recai sobre a idéia e a prática da participação, ora entendida como intervenção direta nas ações políticas, ora como interlocução social que determina, orienta e controla a ação dos representantes. (CHAUÍ, 2005, p.24).

De acordo com OLIVEIRA (2003), nos últimos tempos, alguns estudiosos da democracia "têm valorizado mais a participação política na perspectiva de 'democratizar a democracia', através da atuação direta de sujeitos sociais coletivos e dos cidadãos em processos políticos" (p. 91). De acordo com o autor, uma das precursoras na discussão da democracia participativa foi Carole Pateman. De acordo com Pateman, citada por OLIVEIRA (2003), a principal função da participação na teoria da democracia participativa seria educativa, "educativa no mais amplo sentido da palavra, tanto no aspecto psicológico quanto na aquisição das práticas e procedimentos democráticos" (p. 96).

Segundo OLIVEIRA (2003), Pateman afirma que não há nenhum risco de participação desestabilizar o sistema, pois o processo de participação, quando efetivo e educativo, contribui para o equilíbrio do sistema. Para a autora, a democracia participativa "é para ser vivida em todos os espaços e instâncias da sociedade" (p. 96).

De acordo com OLIVEIRA (2003), "trata-se de transformar a cultura participativa centrada no princípio da ação direta participativa". Para Pateman, segundo Oliveira, o modelo participativo apregoa que a participação inclua não apenas as políticas e tomadas de decisões, mas

também o desenvolvimento das capacidades sociais e políticas de cada indivíduo, de forma que exista um '*feedback*' da *tomada de decisões para a participação.*

Nessa perspectiva, segundo OLIVEIRA (2003, p.97):

> a participação ativa tem como função não apenas a tomada de decisões, mas também o próprio desenvolvimento do cidadão, como sujeito dos processos decisórios. Se a participação nas gestões públicas não possibilita o crescimento político do cidadão, de modo que ele se sinta livre e independente nas suas decisões em relação à coisa pública, essa participação, portanto, é adulterada. Por fim a teoria da democracia participativa, segundo o autor, não exclui a democracia representativa, pondo-se em questão à medida que 'os líderes' são os que devem tomar as decisões em nome dos representados, e refuta as críticas à participação como elemento negativo à construção da democracia. A democracia participativa é, portanto, complementar à democracia representativa. (OLIVEIRA, 2003, p.97).

Para SANTOS e AVRITZER (2002), existem duas possibilidades de articulação entre democracia participativa e representativa: coexistência e complementaridade. Coexistência, de acordo com Mansbridge, citado por SANTOS e AVRITZER (2002) implica:

> uma convivência, em níveis diversos, das diferentes formas de procedimentalismo, organização administrativa e variação de desenho institucional. A democracia representativa em nível nacional (domínio exclusivo em nível da constituição de governos; a aceitação da forma vertical burocrática como forma exclusiva da administração pública) coexiste com a democracia participativa em nível local, acentuando determinadas características participativas já existentes em alguns países centrais. (Mansbridge, citado por SANTOS e AVRITZER, 2002, p.76).

Já a complementaridade, segundo SANTOS e AVRITZER (2002), implica uma articulação mais profunda entre democracia participativa e democracia representativa. De acordo com os autores, essa combinação pressupõe:

> o reconhecimento pelo governo de que o procedimentalismo participativo, as formas públicas de monitoramento dos governos e os processos de deliberação pública podem substituir parte dos governos e os processos de deliberação tais como concebidos no modelo hegemônico de democracia. Ao contrário do que pretende

> este modelo, o objetivo é associar ao processo de fortalecimento da democracia local formas de renovação cultural ligadas a uma nova institucionalidade política que recoloca na pauta democrática as questões da pluralidade cultural e da necessidade da inclusão social. (SANTOS e AVRITZER, 2002, p.76).

Para os autores, a primeira combinação entre democracia participativa e democracia representativa, a coexistência, prevalece nos países centrais, enquanto a segunda, complementaridade, começa a emergir nos países periféricos e semiperiféricos. Sendo assim, os autores concluem que o aprofundamento da democracia não ocorre necessariamente a partir das mesmas características identificadas nos países centrais onde a democracia foi introduzida primeiramente. Conforme as palavras dos autores:

> As características que permitiram a originalidade democrática podem não ser necessariamente as mesmas características que permitem a sua reprodução ampliada e aprofundada. Por isso, o problema da inovação cultural e do experimentalismo institucional é ainda mais premente. As novas democracias devem, se tal perspectiva está correta, se transformar em novíssimos movimentos sociais, no sentido que o estado deve se transformar em um local de experimentação distributiva e cultural. É na originalidade das novas formas de experimentação institucional que podem estar os potenciais emancipatórios ainda presentes nas sociedades contemporâneas. Esses potenciais, para serem realizados, precisam estar em relação com uma sociedade que aceite renegociar as regras da sua sociabilidade acreditando que a grandeza social reside na capacidade de inventar e não de imitar. (SANTOS e AVRITZER, 2002, p.77).

Para o fortalecimento da democracia participativa, os autores propõem três teses:

> 1ª tese: Pelo fortalecimento da demodiversidade. Essa tese implica reconhecer que não existe nenhum motivo para a democracia assumir uma só forma. Pelo contrário, o multiculturalismo e as experiências recentes de participação apontam para a deliberação pública ampliada e do adensamento da participação. O primeiro elemento importante da democracia participativa seria o aprofundamento dos casos nos quais o sistema político abre mão de prerrogativas de decisão em favor de instâncias participativas.
>
> 2ª tese: Fortalecimento da articulação contra-hegemônica entre o local e o global. Novas experiências democráticas precisam de apoio de atores democráticos transnacionais nos casos nos quais a democracia é fraca (...). Ao mesmo tempo, experiências

> alternativas bem-sucedidas (...) precisam ser expandidas para que se apresentem como alternativas ao modelo hegemônico. Portanto, a passagem do contra-hegemônico do plano local para o global é fundamental para o fortalecimento da democracia participativa.
>
> 3ª tese: Ampliação do experimentalismo democrático (...) as novas experiências bem-sucedidas se originaram de novas gramáticas sociais nas quais o formato da participação foi sendo adquirido experimentalmente. É necessário para pluralização cultural, racial e distributiva da democracia que se multipliquem experimentos em todas essas direções. (SANTOS e AVRITZER, 2002, p.77).

O objetivo da presente dissertação é a segunda tese. As outras duas teses serão discutidas quando tratarmos do respeito à diversidade como um princípio da promoção da saúde.

TORO e WERNECK (2004) reforçam as estratégias para a consecução da democracia participativa. Para os autores, a criação de uma cultura e uma ética democrática requer mobilização social. Mobilização social, compreendida como o ato de "convocar vontades para atuar na busca de um propósito comum, sob uma interpretação e um sentido também compartilhado" (p.13). Assim, convocar vontades diz respeito a "convocar discursos, decisões e ações no sentido de um objetivo comum, para um ato de paixão, para uma escolha que contamina todo o quotidiano" (p.14).

De acordo com os autores, "participar de um processo de mobilização social é uma escolha, porque a participação é um ato de liberdade. As pessoas são chamadas, convocadas, mas participar ou não é uma decisão de cada um. Essa decisão depende essencialmente das pessoas se verem ou não responsáveis e como capazes de provocar e construir mudanças" (TORO e WERNECK, 2004, p.13).

Para SAMPAIO (2005), "participar politicamente significa fundamentalmente, tomar parte das políticas públicas. Consiste em formar opinião sobre uma decisão do Estado: em expressar, pública e livremente, essa opinião; e em

vê-la levada em consideração. Trata-se de uma meta ainda a ser atingida, pois nenhuma sociedade possibilitou até hoje a plena participação política de todos os seus cidadãos" (p.47).

De acordo com Ammann, citado por BÓGUS e WESTPHAL (2006), a participação social, num sentido amplo, é compreendida como "o processo mediante o qual as diversas camadas sociais tomam parte na produção, gestão e usufruto de bens e serviços de uma sociedade historicamente determinada" (p. 2). É, portanto, algo muito difícil de ser conseguido, mas podemos nos aproximar deste ideal de um modo processual.

Ainda segundo as autoras BÓGUS e WESTPHAL (2006), "a participação é um processo relacional que opera no campo da construção de identidades, uma vez que promove a reflexividade da ação social. Os atores coletivos são criados nos cursos das atividades, bem como a identidade coletiva é construída e negociada por uma ativação de relacionamentos sociais que conectam os membros de um grupo ou movimento" (p.2).

Para DEMO (1988), a participação não pode ser compreendida como uma dádiva, como uma concessão. Para o autor, a participação é conquista, um processo "infindável, em constante vir-a-ser, sempre se fazendo" (p. 18). Assim, conforme o autor, "a participação é em essência autopromoção e existe enquanto conquista processual" (p.18).

Nessa linha, para OLIVEIRA (2003), "a idéia de autopromoção de sujeitos como resultado da participação aponta para o desenvolvimento de ações políticas processuais. É nessa perspectiva que se discute o seu significado e sua importância, cuja noção apresentada, difere da idéia tradicional de participação política como ato político *stricto sensu*, a exemplo de comícios, reuniões partidárias, eleições e campanhas eleitorais" (p.71).

Para SORRENTINO e TASSARA (1999), no centro das propostas de construção e implantação das agendas sociais está a discussão da participação:

> Como instrumento pedagógico que possibilita o envolvimento de cada um com o projeto coletivo e que fomente os sentimentos de pertencimento e importância de si para o todo, para os outros, para o ambiente, e pertencimento e importância de si para o todo, para o outro e do ambiente para a minha realização como pessoa;
>
> Como estratégia de planejamento, que possibilite aproveitar os conhecimentos e contribuições de cada um e propicie a divisão de tarefas e as avaliações entre todos;
>
> Como filosofia, como ética, em que o bem-estar e a felicidade de todos e de cada um é o que importa, e os direitos da minoria são respeitados e valorizados. Na manutenção da diversidade e na sua permanente possibilidade de expressão reside o nosso maior segredo de viabilidade enquanto espécie e enquanto vida neste Planeta. (SORRENTINO e TASSARA, 1999, p.186).

Para os autores, os municípios são apontados como importantes atores na promoção do desenvolvimento sustentável e as "Agendas 21 Locais são consideradas instrumentos indispensáveis no seu delineamento, a participação da população entendida como essencial não só na construção dessas agendas como também na sua implantação" (SORRENTINO e TASSARA, 1999, p.186).

Nessa perspectiva, ainda segundo os autores, essa participação pressupõe:

> A disponibilização de repertórios para que todos tenham condições de decidir – para isso são necessárias políticas voltadas à disponibilização constante e continuada de informações, através das escolas, dos meios de comunicação, comunitário e de massa, das redes formais e informais tecidas pelos grupos de convivencialidade e pelas instituições, e através de outras formas que não privilegiem o saber erudito e os conhecimentos hegemônicos em detrimento de outros saberes e conhecimentos;
>
> A criação e fortalecimento de espaços de locução – onde o aprendizado da participação se dê no exercício cotidiano do dialogo (da família à empresa; do grupo de amigos à escola; da associação de moradores às instâncias de Poder do município, do Estado e do país), e na práxis do planejamento, ações e avaliações compartilhadas, solidárias e, acima de tudo, que

> valorizem a diversidade e confiem no potencial da contribuição de cada um para o grupo e para a sociedade;
>
> A definição e aprimoramento das instâncias de decisão – que, interagindo com os dois itens anteriores, possibilite o real sentido da participação e da cidadania, que é, a nosso ver, o de envolvimento e de pertencimento a um grupo, projeto, empreendimento, desafio e/ou construção coletiva do futuro. (SORRENTINO e TASSARA, 1999, p.187).

De acordo com OLIVEIRA (2003), os avanços na democratização do Estado e da sociedade estão sendo possíveis "graças à disposição da sociedade civil 'movimentalista' em articular-se e tomar parte nos momentos políticos importantes no Brasil e pela densidade organizativa do 'tecido social' brasileiro pós anos 1970, como nos últimos tempos têm demonstrado as ciências sociais" (p. 62).

Para SCHERER-WARREN (2001, p. 48), "na tradição cultural política brasileira, predominantemente autoritária e elitista, a preempção/apropriação das alternativas mais populares sempre foi a regra das elites no poder, embora justificada por discursos pseudodemocráticos". Contudo, de acordo com a autora: "na ação entrecruzada e cumulativa das múltiplas formas de organizações e práticas pela cidadania começam a criar legitimidade novas formas de agir democrático e a se constituir o que poderíamos chamar de sociedade civil. No Brasil, de fato, esta ainda é muito frágil, e o abuso da violência do poder público contra o cidadão é a prova disso" (p. 48).

Para a autora, nas últimas décadas tem se verificado a ampliação da presença da sociedade civil na esfera pública por meio de diversas formas de rede de cooperação e solidariedade e de redes estratégicas entre os atores e/ou organizações de lutas cidadãs, e em torno de objetivos comuns (SCHERER-WARREN, 2001).

De acordo com MARTINHO (2003):

> A rede tem sido um instigante objeto de estudo de várias áreas do conhecimento humano, da biologia, passando pela matemática, às ciências sociais. As abordagens – e efetivamente o conceito de rede empregado – variam conforme o instrumental analítico e as bases teóricas de cada área. Apesar disso, os estudos sobre eles ganharam um caráter fortemente interdisciplinar, ancorados em perspectivas filiadas às várias correntes do chamado pensamento sistêmico e às teorias da complexidade. (MARTINHO, 2003, p. 12).

Segundo OLIVEIRA (2003), "o fenômeno de redes e fóruns de movimentos sociais não são uma invenção puramente brasileira, pois está espalhada no mundo inteiro" (p.63). No Brasil, segundo MARTINHO (2004), o fenômeno da organização dos movimentos sociais em rede, teve seu início na década de 1960, em função da necessidade dos atores políticos democráticos se articularem na luta contra a ditadura pela democratização dos direitos humanos. De acordo com OLIVEIRA (2003), esse fenômeno intensificou-se a partir dos eventos preparatórios voltados para a realização do Fórum Internacional de ONGs e Movimentos Sociais, evento realizado no Rio de Janeiro, em julho de 1992, paralelamente à Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e Desenvolvimento (Eco 92).

Para o autor, a preparação para esse evento paralelo à Eco 92, e o processo de elaboração da Constituição Brasileira (1986-1988) proporcionaram "grandes articulações das ONGs, movimentos populares e entidades sindicais do Brasil. Esses processos trouxeram a experiência de trabalho articulado entre diferentes sujeitos e, mais tarde, nos anos 1990, esse tipo de atuação nos movimentos populares de ONGs passou a ser uma estratégia largamente utilizada" (OLIVEIRA, 2002, p.64).

Segundo MARTINHO (2004), uma das condições para um bom funcionamento de uma rede social é que seus integrantes se liguem de forma horizontal uns aos outros. Segundo esse autor:

> Numa organização horizontal não devem existir melhores nem piores, mas uma situação de paridade onde as pessoas estabelecem entre si relações de equilíbrio e eqüidade. Para esse autor, enquanto a hierarquia se caracteriza por uma organização estruturada em níveis, a horizontalidade define-se justamente por um nível só que dá lugar a um dos princípios básicos das redes, que é a insubordinação, o que exige que a rede exercite um jeito de trabalho amplamente baseado na cooperação e decisão compartilhada. (MARTINHO, 2003, p. 80-1).

De acordo com CASTELLS (2000), a estrutura social organizada em rede é compreendida como "um sistema aberto altamente dinâmico e suscetível de inovação sem ameaças ao seu equilíbrio". Para o autor:

> Redes são instrumentos apropriados para a economia capitalista baseada na inovação, globalização e concentração descentralizada; para o trabalho, trabalhadores e empresas voltadas para a flexibilidade e a adaptabilidade, para uma cultura de desconstrução e reconstrução contínuas; para uma política destinada ao processamento instantâneo de novos valores e humores públicos; e para a organização social que vise à suplantação do espaço e à invalidação do tempo. (Castells, 2000, p. 497).

De acordo com ZIGLIO e col. (2000), sociedades mais coesas socialmente são aquelas que contam com o bom funcionamento de suas instituições e com comunidades civis bem desenvolvidas. Para os autores, "desigualdades de renda reduzidas e melhores padrões de vida para toda a população fazem com que as pessoas possam formar redes sociais na sociedade, através de uma variedade de organizações sociais propostas e atividades" (p.8). Ainda de acordo com os autores, "quando as desigualdades aumentam, as divisões sociais tornam-se mais profundas. Sociedades que adotam políticas mais igualitárias obtêm, com freqüência índices de crescimento econômico mais acelerado e melhores padrões de saúde" (p.8).

Para SILVEIRA (2001a):

> as possibilidades de organização em rede ganham evidência no contexto histórico de reestruturação produtiva e deslocamento de paradigmas, que cria as condições de interligação entre as

> questões da cidadania, do acesso ao conhecimento e da reconstrução do mundo do trabalho. A temática antiexclusão funde-se, aqui, com a questão da disputa dos fluxos – enquanto direito de acesso e possibilidade de criação – como via de aprendizagem, construção de sujeitos e intervenção direta desde lugares (e não principalmente a partir de vetores verticais, mesmo que pretensamente alternativos). (SILVEIRA, 2001a, p.40).

De acordo com o autor:

> Os experimentos no campo do desenvolvimento local trazem questões dessa natureza, possibilitando um enfoque dos programas e ações a partir da instauração de elos entre o social e o econômico, a cidadania e o trabalho, o exercício dos direitos e a inserção produtiva, como elementos necessários nas alternativas de desenvolvimento assentadas no território. A própria idéia-força de desenvolvimento local é, em essência, uma idéia de redes – socioterritoriais, comunicativas, produtivas, constitutivas de novos sujeitos protagonistas. Essa perspectiva traz a compreensão de que os lugares não se resolvem sozinhos: a articulação em rede significa, ao mesmo tempo, o não-isolamento dos entes de cada lugar e o não-isolamento do lugar em relação aos outros lugares. (SILVEIRA, 2001a, p.40).

Ainda segundo o autor, uma questão relevante, que se relaciona com as iniciativas de desenvolvimento local em curso, diz respeito à conexão em rede "envolvendo o acúmulo diversificado dos atores que vêm atuando em torno do tema, nos programas, nas experiências, na pesquisa e na produção conceitual, nas diversas regiões do Brasil e em outros países" (p.41). Para SILVEIRA (2001a, p.41), "colocam-se como necessidade facilitar e ampliar a interlocução entre esses atores heterogêneos, de modo a gerar maior qualificação e consistência à questão do desenvolvimento local" (p.41).

Empoderamento

No Brasil, como dissemos inicialmente, apesar dos avanços no crescimento econômico e, conseqüentemente, da melhoria dos níveis de saúde da população. Nos últimos anos, apesar de todos os esforços, não conseguimos eliminar as iniqüidade em saúde e estamos longe de atingir nosso objetivo de saúde para todos. Uma das condições para isto não foi

alcançada, redistribuição do poder. Sem rever a distribuição e o uso do poder em nossa sociedade, em nossas organizações e entre nós mesmos, será impossível caminhar, isto é, ter um progresso mais amplo na melhoria da saúde das populações. Quando falamos de redistribuição da riqueza e poder parece que sempre estamos falando de outros – do governo, do setor privado - que devem compartilhar poder e dinheiro.

Entretanto é nos desafios que enfrentamos nos processos de promoção da saúde e construção e implementação das agendas sociais de desenvolvimento local que a questão da distribuição do poder deve ser colocada. A discussão do significado do empoderamento será um dos focos de nossas análises. O que entendemos por empoderamento?

Freire, citado por OAKLEY e CLAYTON (2003), apregoava que somente o acesso ao poder poderia romper o que ele chamou de 'cultura do silêncio' que caracteriza a dependência e a exclusão dos carentes de poder (p.7). Para FREIRE (1987, p. 68), "Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo".

Nessa perspectiva, de acordo com OAKLEY e CLAYTON (2003), o poder no sentido usado por Paulo Freire diz respeito a:

> Um aumento da conscientização e desenvolvimento de uma 'faculdade crítica' entre os marginalizados e oprimidos. Esse é o poder de 'fazer' e 'ser capaz', bem como de sentir-se com mais capacidade e no controle das situações. Refere-se ao conhecimento das capacidades de tais grupos para agir e desempenhar um papel ativo nas iniciativas de desenvolvimento. Implica superar décadas de aceitação passiva e fortalecer as habilidades de grupos marginalizados para que se envolvam como atores legítimos no desenvolvimento (OAKLEY e CLAYTON, 2003, p. 10).

Para OAKLEY e CLAYTON (2003), "o 'poder' exerce um papel dominante na determinação dos que progridem e dos que não podem fazê-lo, tanto na unidade familiar e nas relações personalizadas ('cara a cara') entre seus

diferentes membros, quanto por meio de uma variedade de estruturas administrativas que regulam a vida das pessoas e o acesso aos recursos e oportunidades de avanço" (p. 8).

Segundo os autores, "já em 1974, Roberts declarou que 'o desenvolvimento é a distribuição eqüitativa de poder entre as pessoas'. Mais adiante, argüiu que historicamente todos os esforços, tanto internos quanto externos, para concretizar transformações, giravam em torno da natureza do poder e sua distribuição no contexto específico em que se buscava implementar mudanças" (OAKLEY e CLAYTON, 2003, p. 8).

LABONTE (1994), distingue as relações entre o 'poder sobre' e o 'poder com'. O primeiro representa o poder ideológico coercitivo que se exerce sobre grupo de pessoas para mantê-las marginalizadas ao passo que o "poder com" é aquele que influencia mudanças "com os outros". Por conseguinte o processo de empoderamento orienta-se para desafiar as estruturas opressoras e para nutrir as relações que contribuam para o fortalecimento dos indivíduos para que esses possam ter o controle sobre suas vidas para o benefício de todos.

Para OAKLEY e CLAYTON, 2003, "o poder – formal, tradicional ou informal – está no coração de qualquer processo de transformação e é a dinâmica fundamental que determina as relações sociais e econômicas" (p.9). Nessa perspectiva:

> falar de empoderamento equivale a sugerir que há grupos que estão totalmente à margem do poder e precisam de apoio para 'empoderar-se'. Essa é uma suposição simplificada já que todo grupo social possui algum grau de poder em relação a seu ambiente imediato. Quando falamos de processo de 'empoderamento', nos referimos a posições relativas ao poder formal e informal desfrutado por diferentes grupos socioeconômicos, e às conseqüências dos grandes desequilíbrios na distribuição desse poder. Um processo de empoderamento busca intervir nestes desequilíbrios e ajudar a aumentar o poder daqueles grupos 'desprovidos de poder' relativamente aos que se

> beneficiam do acesso e uso do poder formal e informal (OAKLEY e CLAYTON, 2003, p.9).

De acordo com Wallerstein, citada por RESTREPO (2001), o empoderamento como processo social relaciona-se intimamente com a participação comunitária e os processos participativos. De acordo com a autora, essa questão é emblemática para a promoção da saúde, pois não basta um discurso e uma retórica do setor saúde em favor da participação, uma vez que é necessário estabelecer processos dialógicos, criar espaços de consertação e de negociação capazes de contribuir para a criação de uma consciência sobre os direitos sociais das pessoas.

O empoderamento é definido pela OMS (1998b) como "um processo pelo qual as pessoas ganham maior controle sobre as decisões que afetam sua saúde" (p. 16). De acordo com a OMS "o empoderamento individual refere-se principalmente à habilidade do indivíduo em tomar decisões e ter controle sobre sua própria vida". Já o empoderamento comunitário, segundo a OMS, envolve os indivíduos que atuam coletivamente com o objetivo de ganhar influência e controle sobre os determinantes da saúde e da qualidade de vida de sua comunidade, é uma meta importante na ação da comunidade para a saúde. (OMS, 1998b. p. 16-7).

Para WALLERSTEIN (2005), o empoderamento é compreendido como um processo de ação social de facilitação que objetive promover a participação das pessoas, das organizações e da comunidade, aumentando o controle individual e social sobre os determinantes sociais da saúde garantindo a eficácia política e melhorando, assim, a qualidade de vida da comunidade.

Milio, citada por RESTREPO (2000), enfatiza a importância de apoiar as organizações comunitárias para o estabelecimento de conexões eficazes entre a política pública, a saúde e o bem-estar da comunidade. Esse apoio deve incluir financiamento, serviços e informação. De acordo com a autora, a

disponibilização de informação é crucial para permitir que as comunidades transformem suas condições de vida; muitas vezes a informação é o que diferencia uma comunidade ativa de uma passiva e manipulada.

Entretanto a informação somente, sem a problematização da realidade que o processo de empoderamento pode proporcionar e a facilitação necessária para isso, torna difícil para os indivíduos ampliarem sua autonomia e auto-suficiência e procurarem um grupo para se associarem e promoverem a ação comunitária. O empoderamento comunitário não é um processo que ocorre a curto prazo, portanto, alguns autores identificam fases ou resultados especiais intermediários pelos quais os indivíduos, grupos ou comunidades o vivenciam para começar a se mobilizarem e para agirem sobre as causas dos seus problemas (Labonte, 1994; Wallerstein, 2005).

Pressupomos que as agendas sociais que vamos estudar têm potencial para promover o empoderamento, a participação, a cidadania e, em conseqüência, saúde e qualidade de vida da população, porque são agendas de desenvolvimento local que objetivam como resultados finais a melhoria das condições de vida da população. Para isto um dos resultados intermediários esperados deve ser o aumento do capital humano e social local. O que entendemos por Capital Social?.

Capital Social

A expressão capital social, segundo D'ARAUJO (2003),

> foi mencionada pela primeira vez em 1916, quando Lyda Judson Hanifan, utilizou o conceito para descrever centros comunitários de escolas rurais, nos quais se detectava que a pobreza crescente se fazia acompanhar pela falta de acréscimo da sociabilidade e das relações de vizinhança entre a população local. Segundo esse autor, a comunidade se beneficiaria da cooperação de todos e quando as pessoas criam o hábito de se relacionar por razões sociais, esse capital social, essa rede de relações pode ser dirigida para o bem-estar da comunidade. (D'ARAUJO, 2003 p. 23).

Na década de 1960, Jane Jacobs em seu livro *Morte e Vida de Grandes Cidades*, utiliza o termo para enfatizar a importância das redes informais de sociabilidade nas grandes metrópoles e para demonstrar como sólidas redes sociais em áreas urbanas de uso misto constituíam uma forma de capital social que encorajava a segurança pública.

Bourdieu, citado por D'ARAUJO (2003) definiu capital social como o agregador de recursos, reais ou potenciais, que possibilitavam o pertencimento duradouro a determinados grupos e instituições.

Na década de 1990 o Banco Mundial passou a distinguir na avaliação de seus projetos de desenvolvimento, quatro formas de capital: capital natural, que se refere aos recursos naturais de que é dotado um país; capital financeiro, aquele que é produzido pela sociedade e está relacionado à infra-estrutura, bens de capital, capital imobiliário, entre outros; capital humano, definido pelos graus de saúde, educação e nutrição de um povo; e capital social, que expressa, a capacidade de uma sociedade de estabelecer laços de confiança interpessoal e redes de cooperação com vistas à produção de bens coletivos (D'ARAUJO, 2003).

O capital social, segundo o Banco Mundial, citado por D'ARAUJO (2005), "se refere às instituições, relações, normas que conformam a qualidade e quantidade de interações sociais de uma sociedade" (p. 10). Segundo essa instituição, numerosos estudos têm demonstrado que a coesão social é um fator importante para que as sociedades prosperem economicamente e para que o desenvolvimento seja sustentado.

Para PUTNAN (2002), em uma comunidade que tenha herdado um bom estoque de capital social sob a forma de regras de reciprocidade e participação cívica, a cooperação voluntária se torna bem mais fácil. Para esse autor, o capital social diz respeito "a características da organização

social, como confiança, normas e sistemas que contribuam para a maior eficiência da sociedade, facilitando as ações coordenadas" (p. 177).

Depende, portanto, de relações positivas entre o governo e a sociedade civil que fortaleçam especificamente a confiança recíproca necessária para a construção de normas e sistemas compartilhados.

Segundo VALDIVIESO (2003), o capital social é compreendido como um conjunto de valores ou de normas informais comuns aos membros de um grupo que permite cooperação entre eles, sendo essencial para a constituição de sociedades saudáveis e para o fortalecimento e enriquecimento de democracias participativas.

De acordo com esse autor, para favorecer o capital social, é necessário: o estabelecimento de políticas públicas de empoderamento com intenção clara de enfrentar as iniqüidades; a potencialização de recursos já existentes em indivíduos e grupos; a eliminação do paternalismo, a promoção de redes sociais; o incentivo à descentralização; a promoção da participação social e a educação cidadã.

"Os estoques de capital social, como confiança, normas e sistemas de participação, tendem a ser acumulativos e a reforçar-se mutuamente. Os círculos virtuosos convertem em equilíbrios sociais com elevados níveis de cooperação, confiança, reciprocidade, civismo e bem-estar coletivo", o que PUTNAN (2002, p. 186), define como uma comunidade cívica. Por outro lado para esse autor, na comunidade não-cívica, também há algo que tende a se auto-reforçar: "a deserção, a desconfiança, a omissão, o isolamento, a exploração, a desordem e a estagnação que também se intensificam reciprocamente em círculos viciosos" (p. 187).

"Toda sociedade moderna tradicional autoritária ou democrática, feudal ou capitalista se caracteriza por sistemas de intercâmbio e comunicação

interpessoal, tanto formais como informais. Alguns desses sistemas são basicamente horizontais congregando agentes que têm o mesmo status e o mesmo poder. Outros são basicamente 'verticais', juntando agentes desiguais em relações assimétricas de hierarquia e dependência" (PUTNAN, 2002, p. 183).

Outro elemento essencial para promover o capital social, e também resultante do seu aumento, é a articulação da sociedade em redes de iniciativas saudáveis – intra e inter-comunidades, entre municípios e entre agendas, conforme já definimos ao conceituar participação.

Solidariedade

Para SILVEIRA (2001b), na atualidade, pode-se falar em uma 'nova exclusão', relacionada "à desconstrução de filiações e laços sociais e, particularmente, ao estreitamento das oportunidades de acesso a oportunidades de trabalho" (p.14). O autor afirma que "a exclusão como desvinculação é um dos efeitos mais fortes das novas desigualdades associadas ao processo de reestruturação produtiva, que se traduz no trânsito do 'subalterno' para o 'descartável'" (p.14). Nesse contexto, para Silveira, mais adequado do que supor o 'fim do trabalho' é "abordar a questão da exclusão do trabalho como ponto crítico nas metamorfoses em curso" (SILVEIRA, 2001b, p.14).

Assim, para o autor:

> Nas ações e estratégias de reversão dos processos de exclusão, cabe a distinção entre o que se poderia chamar de "inclusão subordinada" e inclusão como processo emancipatório – este aqui entendido menos no sentido negativo (libertar-se de alguma força opressiva ou restritiva), mas no sentido positivo de empoderamento (empowerment). Ou seja, ao invés da tentativa de reconstrução de uma cidadania regulada, a emersão de sujeitos de direitos (em consonância com a idéia do "direito de ter direitos") agrega um significado adicional à proposição de universalização

> da cidadania (todos os direitos para todos). (SILVEIRA, 2001b, p.14).

É nesta perspectiva que o autor insere a discussão sobre solidariedade. Ainda segundo SILVEIRA (2001b), "a idéia de universalização da cidadania, por sua vez, mais do que extensão dos direitos a todos, passa a significar também a responsabilização de todos pela efetivação desses direitos"(p.14), o que para o autor, significa "recuperar a noção de solidariedade associada à idéia de compromisso e responsabilidade social"(p.14).

Nesse sentido, a solidariedade como valor ético-político caminha na contracorrente da cultura da alienação, da insensibilidade e da indiferença e do desejo de "levar vantagem" (SILVEIRA, 2001b, p.14).

Para FERNANDEZ e MENDES (2004), a solidariedade deve ser considerada um dos princípios da intersetorialidade. Segundo os autores, "o exame da solidariedade traz importantes dimensões da prática intersetorial, para além daquela centrada nos ganhos econômicos de políticas públicas integradas. A solidariedade ajuda a conceituar e a compreender as dinâmicas *bio-antropo-psico-sociais*" (p.120).

Segundo os autores:

> Seria animador contar com uma noção de solidariedade presente na vida cotidiana de uma maneira que parece não depender das escolhas por parte dos sujeitos. No entanto, ela está entre nós, mas não está só. Aos impulsos de juntar somam-se (...) uma tradição do moderno de separar. Da mesma forma, coexistem nos homens os potenciais de gentileza e crueldade de compartilhamento e de exclusão. O que queremos reforçar é que a solidariedade e a prática intersetorial animada por ela tem grande potencial de criação e transformação que só se efetiva na medida que os sujeitos desejam abraçá-la. Como assinala Rorty (1994:243), a solidariedade resulta de um acordo intersubjetivo 'que não tem quaisquer condições de possibilidade a-histórica, sendo simplesmente um produto feliz de certas circunstâncias históricas'. Sua posição "implica que os sentimentos de solidariedade dependam necessariamente das semelhanças e das diferenças que surjam com destaque e que tal destaque seja

> função de um vocabulário final historicamente contingente (id, 238). O autor entende que a solidariedade tem lugar nos vocabulários morais e políticos das sociedades democráticas e que seu emprego deve-se tão somente à nossa 'capacidade de pensar em pessoas muito diferentes de nós como estando incluídas na esfera do nós' (id, 239). (MENDES e FERNANDEZ, 2004, p.120).

Ainda segundo os autores, tratar da solidariedade nessa perspectiva significa, também, tratar "da diversidade e alteridade, mas de uma maneira particular, pois caso contrário, poderíamos substituí-la, sem conseqüências por tolerância" (p.121).

Para MENDES e FERNANDEZ (2004), a tolerância é algo necessário, porém não é o bastante, "uma vez que ela pode desembocar em pura indiferença em relação ao outro; e a solidariedade, como emancipatória ao possibilitar a transformação da sina da contingência em destino comum" (MENDES e FERNANDEZ, 2004, p.121).

Nessa perspectiva, de acordo com BAUMAN (1999):

> A sobrevivência no mundo da contingência e diversidade só é possível se cada diferença reconhece outra diferença, condição necessária de sua própria preservação. A solidariedade, ao contrário da tolerância, que é sua versão mais fraca, significa disposição para lutar; e entrar na luta em prol da diferença alheia, não da própria. A tolerância é egocêntrica e contemplativa; a solidariedade é socialmente orientada e militante. (BAUMAN, 1999, p.271).

Diversidade

O princípio do respeito à diversidade é um dos fundamentos a serem considerados em processos de promoção da saúde. Há boas razões para valorizar a diversidade no contexto atual em que o mundo vem se tornando crescentemente interdependente.

CALAME (2004) chama atenção para a questão da identidade que, por exemplo, uma comunidade assume e que faz diferença em relação a qualquer outra. Seus moradores, quando em contato com outras comunidades, se sentem diferentes, diversos. Assim se manifesta o autor a respeito do significado da diversidade: "uma comunidade, qualquer que seja seu tamanho e sua denominação, constitui uma identidade, um nível de solidariedade, um corpo intermediário entre o indivíduo e o mundo. Por sua participação em uma comunidade, o indivíduo se transforma em cidadão e essa cidadania está baseada num equilíbrio entre direitos de cada um em relação à comunidade" (CALAME, 2004, p.39).

De acordo com o autor, "a diversidade do mundo era, há alguns séculos, uma abstração filosófica para a maioria da população, que vivia no interior de comunidades mais ou menos homogêneas, definidas por uma identidade forte face ao resto do mundo, supostamente diferente, hostil". O autor afirma, ainda, que "a mistura das populações, a circulação das informações e das pessoas fizeram, progressivamente, da diversidade a regra geral tanto no âmbito das cidades como nos bairros" (CALAME, 2004, p.39).

Nessa perspectiva, Calame ressalta a importância de se considerar as diversas dimensões de diversidade, pois, "freqüentemente, entre pessoas de meios diferentes que vivem no mesmo território o fosso é muito maior do que entre pessoas do mesmo meio separadas por milhares de quilômetros". (CALAME, 2004, p.40).

As afirmações de Calame demonstram a existência de diversas "dimensões de diversidade". Outros autores chamam a atenção para as diversidades étnicas e religiosas que têm sido valorizadas para compreender as crises culturais tão freqüentes do mundo globalizado, responsáveis pelos conflitos entre grupos étnicos, por exemplo, as tensões freqüentes entre israelitas e árabes no Oriente Médio.

A ocorrência desses conflitos revela o quanto a sociedade atual é complexa. De acordo com Dowbor (2000), isso "toca as tradicionais simplificações sociais" (p. 39). Para ele, "na nossa cabeça, sobrevivem as visões da gangorra teórica: privado ou estatal, mercado ou planejamento, social ou individual e assim por diante, heranças das grandes dicotomias do século passado" (p.39).

A diversidade está na raiz da grande polarização atual entre tendências universalistas e particularistas. As tendências universalistas são dominantes e sustentam o discurso da coesão social global e nacional e da homogeneização cultural. Têm buscado a globalização do poder, da tecnologia, da comunicação por satélite, o tratamento internacional de questões como a dos direitos humanos iguais e a ecologia como solução para o equilíbrio físico do universo. Os que defendem e agem a partir de uma visão particularista são dissidentes e críticos em relação ao consenso transracial do mundo ou das nações e se opõem às tendências do poder dominante de privilegiar a hegemonia da cultura ocidental em detrimento das outras. Será que essas tendências são irreconciliáveis? A posição de recusa a qualquer possibilidade de comunicação e diálogo, a opção por uma visão particularista que coloca barreiras intransponíveis à diversidade, que tenta neutralizar as tendências universalizantes, dá origem ao nacionalismo xenófobo, ao fundamentalismo, ao fundamentalismo religioso que valoriza o enclausuramento em torno de si.

Segundo Habermas, citado por ROUANET e FREITAG (1995), a diversidade vista na perspectiva particularista gera uma sobrevalorização da cultura de um grupo em particular, como se ela fosse a moldura principal ou exclusiva da convivência entre os homens. É, no entender do autor, uma insistência no culto da diferença entre nações, culturas, grupos étnicos. A promoção da saúde defende o respeito às diferenças e a tendência à integração, mas, às

vezes, os próprios profissionais da área se vêem excluindo opiniões diversas das suas quando tomam decisões e, portanto, identificando incorretamente problemas e dando soluções também de forma incorreta, o que demonstra a dificuldade de lidar com a diversidade.

Dowbor, a partir do mesmo entendimento de diversidade que estamos aqui defendendo diz que é preciso "articular dinâmicas diferenciadas que obedecem a culturas e ritmos desiguais" (p.39). E isto "nos obriga a exercícios mais complexos, mas, sobretudo que exigem um respeito muito maior das dinâmicas sociais, tais como são sentidas pela própria sociedade" (Dowbor, 2000, p.39).

A diversidade no Brasil, um país em desenvolvimento, é produto de um processo social, econômico, histórico e demográfico, que apresenta diversas formas e tem diferentes interpretações. A diversidade cultural e étnica existente, decorrente da história da colonização, da migração, tem tido como conseqüência o preconceito e a discriminação de grupos populacionais por etnia, sexo, condição socioeconômica, posição na sociedade, e outras condições promotoras de diversidade. O problema maior desta discriminação é sua invisibilidade, ou até sua negação, pela consideração do país de democracia racial e cultural.

A promoção da saúde, cujo ideário penetrou no país na última década do século passado, está colaborando, ainda que timidamente, para requalificar o trabalho de saúde coletiva no país, realizando projetos de desenvolvimento local, fundamentados entre outros princípios no respeito à diversidade. A conscientização e o empoderamento dos técnicos e da população são formas positivas de enfrentar as barreiras da diversidade cultural em curso, relacionadas às diferenças étnicas, de gênero, de gerações que colocam frente a frente indivíduos e grupos e suas diversidades culturais. Tenta combater a hierarquização, exploração e maior ou menor exclusão dos bens e serviços da sociedade e as iniqüidades em uma abordagem que alguns

denominam de multiculturalismo. Essa perspectiva conduz, por exemplo, à abertura dos processos de tomada de decisão e criação de estruturas para assegurar que possamos considerar as múltiplas perspectivas relacionadas às causas dos problemas e, em conseqüência, nos tornarmos capazes de identificar várias soluções que conduzem à resolução dos diversos determinantes dos problemas de saúde e qualidade de vida. Encontrar formas de envolver pessoas cujas vozes nunca foram consideradas é um dos grandes desafios das instituições, governos e dos que trabalham em promoção da saúde. Globalmente, também, existe o desafio de conseguir atingir o objetivo de alcançar a livre troca de pensamentos e idéias em vez da aplicação uniforme de "regras e leis internacionais", no sentido de abrir oportunidades para soluções diversas e não fechadas de acordo com os pensamentos e decisões das cúpulas das grandes organizações. Esse é o ideal desse princípio da promoção da saúde, muito difícil de ser alcançado, mas que pode ser desejado.

Sustentabilidade

A sustentabilidade é outro princípio fundamental da promoção da saúde e a busca da conceituação na literatura nos remete a um duplo significado: criar iniciativas que estejam de acordo com os princípios do desenvolvimento sustentável e garantir um plano/processo duradouro e forte (ZIGLIO e col., 2000).

Segundo palavras de SÍCOLI e NASCIMENTO (2003) "a continuidade das políticas de promoção da saúde é especialmente importante tendo em vista que se trata de iniciativas de natureza complexa envolvendo processos de transformação coletivos com impacto a curto, médio e longo prazo" (p.109).

Na tentativa de definir um novo tipo de desenvolvimento, Maurice Strong utilizou, em 1973, pela primeira vez, o termo eco-desenvolvimento.

Posteriormente, Ignacy Sachs (1993) propôs a sistematização dessa idéia em cinco categorias de sustentabilidade:

- Sustentabilidade Econômica: cuja eficiência deve ser mensurada em termos macrossociais e não através de critérios microeconômicos de rentabilidade empresarial;
- Sustentabilidade Social: uma civilização com maior eqüidade na distribuição de rendas e bens, reduzindo o distanciamento e as discrepâncias entre as camadas sociais;
- Sustentabilidade Ecológica: obtida através da racionalização do aporte de recursos, com a limitação daqueles esgotáveis ou danosos ao meio ambiente; redução do volume de resíduos, por meio da conservação de energia e práticas de reciclagem; pesquisas em tecnologias ambientalmente mais adequadas e implementação de políticas de proteção ambiental;
- Sustentabilidade Geográfica ou Espacial: configuração rural-urbana mais equilibrada, com redução de concentrações urbanas e industriais; proteção de ecossistemas frágeis e criação de reservas para a proteção da biodiversidade; agricultura e agro-silvicultura com técnicas modernas, regenerativas e em escalas menores;
- Sustentabilidade Cultural: consideração das raízes endógenas, com soluções específicas para o local, o ecossistema, a cultura e a área, com mudanças se dando num contexto de continuidade cultural e com o respeito à diversidade em todas as formas de expressão.

CAVALCANTI (2002) adverte que a complexidade das sociedades humanas faz com que existam realidades distintas e desafios específicos que impedem a existência de um único caminho para se alcançar a sustentabilidade. Assim, o autor conclui que é possível somente estabelecer princípios e referências que orientem o processo de alcance da sustentabilidade.

Atualmente, o reconhecimento da indissociabilidade entre os fatores sociais e ambientais e necessidade de que a degradação do meio ambiente seja combatida juntamente com o problema da pobreza fez surgir o termo sustentabilidade ampliada, que segundo o CONSÓRCIO PARCERIA 21 (2000) realiza o encontro político necessário entre a agenda estritamente ambiental e a agenda social. Sob esse ponto de vista, segundo as palavras das autoras, o marco teórico da sustentabilidade ampliada foi fundamental para construir o pacto global em torno da Agenda 21 e superar a dicotomia ou o conflito de interesses entre o norte, rico e desenvolvido, e o sul, pobre e pouco desenvolvido.

Segundo GUIMARÃES e MAIA (1997), o processo de construção do desenvolvimento sustentável apresenta várias dinâmicas que aparecem ora isoladas ora de forma combinada. Essas dinâmicas socioambientais, mais amplas que as definidas por Sachs, foram assim conceituadas por esSes autores:

- *Sustentabilidade ecológica:* base física do processo de crescimento e que tem como objetivo a conservação e o uso racional do estoque de recursos naturais incorporados às atividades produtivas do desenvolvimento;

- *Sustentabilidade ambiental:* relacionada à capacidade de suporte dos ecossistemas associados de absorver ou se recuperar das agressões sofridas pelas ações antrópicas, que implica um equilíbrio entre as taxas de emissão e/ou produção de resíduos e as taxas de absorção e/ou regeneração da base natural de recursos;

- *Sustentabilidade demográfica:* revela os limites da capacidade de suporte de determinado território e de sua base de recursos; relaciona as tendências de crescimento econômico com as taxas demográficas, sua composição etária e contingentes de população economicamente ativa esperados;

- *Sustentabilidade cultural:* diz respeito à necessidade de se manter a diversidade de culturas, valores, práticas e símbolos existentes no planeta, no país e/ou numa região, e que integram ao longo do tempo as identidades dos povos;

- *Sustentabilidade social:* visa promover a melhoria da qualidade de vida e a redução dos níveis de exclusão social, por meio de políticas de justiça redistributiva;

- *Sustentabilidade política:* relacionada à construção da cidadania plena dos indivíduos, pelo fortalecimento dos mecanismos democráticos de formulação e de implementação das políticas públicas em escala global, diz respeito ainda ao Governo e à governabilidade nas escalas local, nacional e global;

- *Sustentabilidade institucional:* necessidade de se criar e fortalecer engenharias institucionais e/ou instituições cujo desenho e aparato já levem em conta critérios de sustentabilidade.

Esses diferentes tipos de sustentabilidade e suas bases teóricas é que esperamos que estejam integrados nos processos de desenvolvimento local que foram objetos deste estudo.

A concepção de sustentabilidade que defendemos, também está de acordo com as observações de IADH, (2004a), que afirmam que a noção de sustentabilidade suscita a necessidade de transformações das estruturas de produção e de consumo das sociedades associada à busca de crescimento, equidade social e equilíbrio ambiental. Segundo os autores, não bastam ações capazes de mitigar os conflitos e agressões socioambientais, é necessário que haja uma estrutura política legal, organizacional e educativa capaz de promover processos de mudança a serem desencadeados pelos próprios atores envolvidos.

Para os autores, a sustentabilidade enfrenta desafios no nível local visto que a priorização das questões econômicas e de infra-estrutura continuam sendo elementos que recebem maior atenção no que tange às decisões que norteiam a elaboração das políticas públicas locais, que desconsideram as demandas específicas de outros segmentos da sociedade, igualmente importantes, como atores do processo de desenvolvimento e seus beneficiários/usuários diretos. Ainda segundo esses autores, o governo, em qualquer das esferas, costuma ter uma visão intersetorializada, portanto, limitada e fragmentada, do desenvolvimento sustentável. E, ainda, a descontinuidade dos planos/projetos das administrações costuma ocorrer quando do término das administrações públicas.

De acordo com Jara, citado pelo IADH (2004b), o caminho da sustentabilidade pode não ser favorecido em razão da existência, na maioria dos municípios brasileiros, de um modelo de gestão dominante e tradicional, no qual as políticas operam de forma patrimonialista na condução da coisa pública, mediante o clientelismo, com pouca transparência, sem abrir espaço para que os excluídos possam ser representados.

Segundo o IADH (2004b), no âmbito local, devem se procurar resultados qualitativos relacionados com as mudanças de valores, os quais poderão ser materializados de acordo com as características e intensidade que eles manifestam negativamente no território e são percebidos pelas comunidades locais. Pensando nos resultados esperados de sustentabilidade no plano local, os autores criaram uma matriz de marco lógico da sustentabilidade no contexto local:

Quadro 1: Matriz de marco lógico para a sustentabilidade local

Desafios / dimensão	Resultados Esperados
Desafio Maior	Processo de planejamento e gestão de desenvolvimento local, incorporando elementos de sustentabilidade. Fortalecimento organizacional da sociedade civil: pessoas organizadas em grupos, associações ou redes, atuando coletivamente, representando interesses coletivos, inclusive excluídos, com ampliação da auto-estima, solidariedade, cooperação e equidade de oportunidades. Grupos e organizações da sociedade civil participando e influenciando políticas públicas.
Governança local fortalecida	Políticas governamentais: Governo local respeitando e considerando a participação da comunidade na elaboração, avaliação, acompanhamento das políticas públicas; Planejamento e execução das políticas públicas de forma integrada. Esfera pública-relação governo-sociedade: Instância de "concertação" local capacitada e atuante na gestão do desenvolvimento sustentável.
Atores do mercado incorporando elementos de sustentabilidade	Produção: Núcleos produtivos, organizados, fortalecidos e usando racionalmente os recursos naturais. Consumo: Preferência ampliada dos consumidores locais por produtos "limpos" e produzidos localmente. Inserção econômica: Estratégia de geração de trabalho para excluídos consolidada/apoiada.
Racionalidade ambiental e produção de conhecimento para a sustentabilidade	Os recursos naturais sejam utilizados de maneira sustentável garantindo o equilíbrio ambiental e qualidade de vida das populações. Os impactos físicos e socioambientais sejam reduzidos. Valorização da natureza, do conhecimento e da cultura local. O conhecimento tecnológico beneficie e potencialize as experiências das populações locais voltadas para o uso racional dos recursos naturais. As universidades e instituições de pesquisa desenvolvam tecnologias "limpas" para atender às demandas da população e consumo locais.
Ética e valores sociais para a sustentabilidade	Questões de solidariedade, de eqüidade, de gênero, de geração, de etnia e consciência ambiental presentes nas comunidades locais.

Extraído de: IADH, 2004b

Assim, concordamos com JÖST (2002), que diz que a sustentabilidade não é algo a ser atingido, mas um processo contínuo. O autor considera que, a partir do diagnóstico do estado de relação entre a estrutura da economia e do sistema social, e de ambos com a natureza, precede-se à elaboração de medidas políticas para atingir a situação sustentável desejada para um futuro pré-determinado, sendo que estas medidas políticas devem derivar de um processo participativo que traduza o consenso da sociedade.

Concordamos também com CARMO (2004), que esta noção de continuidade do processo é essencial para a assimilação do que seja a sustentabilidade, pois implica na hipótese de que se trata de trabalho gradual e do conjunto da sociedade, com fases consecutivas e ininterruptas, conforme as necessidades, anseios e avaliações da comunidade em questão.

Concluindo, a sustentabilidade será considerada neste trabalho no seu duplo sentido criar iniciativas que estejam de acordo com os princípios do desenvolvimento sustentável, tal como definido por GUIMARÃES e MAIA (1997), e também como garantia de um processo duradouro e forte, como apontam ZIGLIO 2000; SÍCOLI e NASCIMENTO (2003); JÖST (2002); CARMO (2004).

No contexto, qual seria então, a visão de desenvolvimento que melhor se refere aos ideais, às estratégias e aos princípios da promoção da saúde?

2.2 OS ENFOQUES DE DESENVOLVIMENTO EM PERSPECTIVA

A idéia do desenvolvimento surge como um dos pilares para a reconstrução da ordem mundial no período pós-segunda guerra e como uma estratégia para impulsionar o processo de descolonização e emancipação dos países do Terceiro Mundo (SACHS, 2004).

A Era do Ouro, como essa fase ficou conhecida, caracterizou-se por maciças transformações sociais, econômicas e políticas em todas as regiões do mundo. O projeto desenvolvimentista, baseado na intensificação da urbanização e da industrialização teve, segundo palavras de AMIM (2001), a complementaridade dos três projetos sociais da época: a) na Europa Ocidental, o projeto do Estado do Bem-Estar Social das sociais-democracias nacionais, b) "o projeto Bandung" de construção nacional burguesa na periferia do sistema capitalista (ideologia do desenvolvimento) e c) o projeto soviético do "capitalismo sem capitalistas", relativamente autônomo em relação ao sistema mundial dominante.

Segundo o autor: "a dupla derrota do fascismo e do velho colonialismo havia, de fato, criado uma conjuntura que permitia às classes populares, as vítimas da expansão capitalista, impor as formas de regulamentação e acumulação do capital, às quais o capital, em si, viu-se forçado a se adaptar, e que estavam na raiz desse período de alto crescimento e de acumulação acelerada". (AMIM, 2001, p.184).

No Brasil, na década de 1950, formou-se o parque industrial brasileiro em função da migração de empresas multinacionais automotivas para a região Sudeste do país, que foi responsável pela modernização econômica da região. Posteriormente, no período da ditadura militar (1964-1985), outra fase do modelo desenvolvimentista brasileiro ocorreu, baseada na contenção salarial e na redução das políticas sociais a fundo perdido (ZIONI, 2005).

Sobre a industrialização e as políticas desenvolvimentistas brasileiras desse período, ARBIX e ZILBOVICIUS (2001) fazem a seguinte reflexão:

> Se é certo que a industrialização foi alcançada graças às políticas desenvolvimentistas, não é menos certo que a intervenção autocrática do Estado gerou também ilusões modernizadoras. A convivência com os oligopólios e uma estrutura agrária intocada

> produziram também crescente desigualdade de renda, polarizações do mercado de trabalho, além de aprofundar a distribuição desigual da propriedade, que impedia a plena expansão do mercado interno. Decisões do Estado concentraram investimentos industriais em poucas e seletas regiões, em detrimento das outras, fadadas a fornecer mão-de-obra migrante e sub-remunerada. Dessa política surgiram megametrópoles industriais, pólos da riqueza nacional, como São Paulo, que encontra paralelo em Seul e Cidade do México, as quais, por outras vias, também viveram experiências desenvolvimentistas. (ARBIX e ZILBOVICIUS, 2001, p. 66).

Embora a Era do Ouro tenha apresentado maciças transformações econômicas, políticas e sociais em todas as regiões do mundo, ela pertenceu, segundo HOBSBAWM (1995), essencialmente aos países capitalistas desenvolvidos que, por todas essas décadas, representaram cerca de três quartos da produção do mundo, e mais de 80% de suas exportações manufaturadas.

A percepção de que o desenvolvimento não se confundia com crescimento econômico, de acordo com VEIGA (2005, p.19), não existia até a década de 1960. Segundo o autor:

> (...) não existia a necessidade de distinguir desenvolvimento de crescimento econômico, pois as poucas nações desenvolvidas eram as que se haviam tornado ricas pela industrialização. De outro lado, os países que haviam permanecido subdesenvolvidos eram os pobres, nos quais o processo de industrialização era incipiente ou nem havia começado. Todavia foram surgindo evidências de que o intenso crescimento econômico ocorrido na década de 1950 em diversos países semi-industrializados (entre os quais o Brasil) não se traduziu necessariamente em maior acesso à saúde e à educação. Foi assim que surgiu um intenso debate internacional sobre o sentido do vocábulo desenvolvimento (VEIGA, 2005, p.19).

Com a intensificação do processo de industrialização e de urbanização, verificou-se o aumento da degradação ambiental e suas catastróficas conseqüências. Nesse período, o desgaste das fontes não-renováveis de energia, como o petróleo, culminou na crise do petróleo de 1973 no Oriente

Médio, responsável pelo aumento do custo da energia no processo produtivo, o que elevou os custos da produção (ZIONI, 2005).

A crise do petróleo, segundo essa autora, "marcaria a crise dos anos de crescimento e das formas de representação do mundo que haviam sustentado esse modelo, formas próprias da modernidade, como o discurso e a prática científicos" (ZIONI, 2005, p.53).

A busca de uma reconceitualização de desenvolvimento e a atenção dada à problemática ambiental levaram Maurice Strong, em 1973, a utilizar pela primeira vez o termo eco-desenvolvimento para caracterizar uma concepção alternativa de desenvolvimento. Posteriormente Ignacy Sachs formulou os princípios básicos dessa nova visão, baseada em seis aspectos: as satisfações das necessidades básicas; a solidariedade com as gerações futuras; a participação da população envolvida; a preservação dos recursos naturais e do meio ambiente em geral; a elaboração de um sistema social garantindo emprego, segurança social e respeito a outras culturas e a formulação de programas de educação.

Os debates em torno da concepção de eco-desenvolvimento forneceram subsídios para que, no ano de 1987, fosse elaborado pela Comissão Mundial da ONU sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento (CNUMAD), o documento chamado *Nosso Futuro Comum*, mais conhecido por Relatório Brundtland.

Esse Relatório consolida uma visão crítica do modelo de desenvolvimento adotado pelos países industrializados e reproduzido pelas nações em desenvolvimento e ressalta a incompatibilidade entre os padrões de produção e consumo vigentes nos primeiros e o uso racional dos recursos naturais e a capacidade de suporte dos ecossistemas. Também explicita a natureza e a escala dos problemas ambientais, sociais e econômicos a serem enfrentados e insere a idéia de desenvolvimento sustentável como "o

desenvolvimento que satisfaz as necessidades do presente sem comprometer a capacidade das futuras gerações satisfazerem suas próprias necessidades" (BRUNDTLAND, 1991).

Para alguns estudiosos como COMPANS (2001), essa definição de desenvolvimento sustentável é vaga e imprecisa e dá margem a diferentes interpretações.

Segundo SACHS (2004), nas últimas décadas o conceito de desenvolvimento sustentável foi refinado e traz importantes avanços epistemológicos. A sustentabilidade social, por exemplo, tem sido considerada um componente essencial desse conceito. Com relação aos critérios de sustentabilidade social, Sachs cita a contribuição de Dudley Seers, que mostra que o crescimento econômico não traz desenvolvimento, a menos que crie empregos e contribua para mitigar a pobreza e as desigualdades sociais.

Assim SACHS (2004) procura distinguir os diversos tipos de padrões de crescimento econômico incluindo o orientado para o desenvolvimento sustentável e seus impactos sociais e ambientais, cujas conclusões são resumidas na seguinte tabela:

Quadro 2: Padrões de crescimento econômico

	Tipos Crescimento	Impactos Sociais	Impactos Ambientais
1	Desenvolvimento	+	+
2	Selvagem	-	-
3	Socialmente benigno	+	-
4	Ambientalmente benigno	-	+

Extraído de: SACHS, 2004

Ainda segundo o autor:

> O desenvolvimento sustentável obedece ao duplo imperativo ético da solidariedade com as gerações presentes e futuras, e exige a explicitação de critérios de sustentabilidade social e ambiental e

> de viabilidade econômica. Estritamente falando, apenas as soluções que consideram estes três elementos, isto é, que promovam o crescimento econômico com impactos positivos em termos sociais e ambientais, merecem a denominação de desenvolvimento. (SACHS, 2004, p.36).

Nas décadas de 1980 e de 1990, o enfoque neo-institucionalista passa a ganhar força. As visões economicistas e sociológicas são deixadas de lado e o papel das instituições e a necessidade de reformá-las para alcançar o desenvolvimento são reforçadas.

A partir da década de 1990, avanços das inovações em transporte e das tecnologias de comunicação, do incremento dos mercados e bens e serviços, a crescente mobilidade dos capitais, entre outros fatores, pareciam demonstrar que, em um longo prazo, o processo de globalização influenciaria decisivamente as possibilidades e os limites do desenvolvimento (VALDIVIESO, 2003).

A globalização econômica, entretanto, teve efeitos contraditórios e contribuiu para o aumento de investimentos estrangeiros na América Latina, para o incremento do comércio internacional, para o aumento das exportações e a queda da inflação e, portanto, contribuiu para restringir a autonomia das economias nacionais dificultando as políticas econômicas nos tempos de crise, fazendo com que o crescimento econômico passasse a depender do grau de intensidade e de qualidade de investimentos na economia mundial (VALDIVIESO, 2003).

O que se verificou é que o desenvolvimento ocorrido nas últimas décadas caracterizou-se pela consolidação da transição demográfica, aumento da expectativa de vida, expressando o progressivo envelhecimento da população, pelo insuficiente dinamismo das economias liberalizadas para a geração de empregos, uma redução moderada da pobreza que tem gerado um descontentamento generalizado relativo à evolução das condições sociais e das desigualdades (VALDIVIESO, 2003).

2.2.1 O Sentido do Desenvolvimento

Em 1990, a pedido da Organização das Nações Unidas, o paquistanês Mahbud Ul Haq elaborou o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), conceito baseado no pressuposto de que para avaliar os avanços da sociedade no atendimento das necessidades da população não se devem considerar apenas aspectos econômicos, mas também outros aspectos sociais, culturais e políticos que influenciam a qualidade de vida humana (PNUD, 2006).

O IDH tem um aspecto mais abrangente que o indicador anterior, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que considera apenas o aspecto econômico do desenvolvimento, o que não permite nenhuma consideração das dimensões que afetam a vida humana. O IDH inclui outros indicadores, também, como a longevidade da população e a educação (PNUD, 2006).

Um avanço conceitual importante sobre desenvolvimento deve-se aos trabalhos de Amartya Sen, que em 1998, ganhou o Prêmio Nobel da Economia ao comprovar o quanto as iniqüidades são prejudiciais ao desenvolvimento. Para SEN (2000), "uma concepção adequada de desenvolvimento deve ir muito além das visões restritas, que identificam desenvolvimento com o crescimento do Produto Nacional Bruto, aumento das rendas pessoais, industrialização, avanços tecnológicos ou modernização social" Segundo o autor, o desenvolvimento pode ser visto como um processo capaz de expandir as liberdades reais que as pessoas desfrutam, que estão relacionadas com a possibilidade de terem acesso a oportunidades econômicas, a serviço de saúde, à assistência social, à educação básica e de poderem participar da vida social e política da comunidade. Para o autor, "ter mais liberdade melhora o potencial das pessoas para cuidar de si mesmas e para influenciar o mundo, questões centrais para o processo de desenvolvimento".

Ainda segundo Sen:

> Os fins e os meios do desenvolvimento exigem que a perspectiva da liberdade seja colocada no centro do palco. Nessa perspectiva as pessoas têm de ser vistas como ativamente envolvidas – dadas as oportunidades – na conformação de seu próprio destino, e não apenas beneficiárias passivas dos frutos de engenhosos programas de desenvolvimento. O Estado e a sociedade têm papéis amplos no fortalecimento e na proteção das capacidades humanas. São papéis de sustentação, e não de entrega sob encomenda. A perspectiva de que a liberdade é central em relação aos fins e aos meios do desenvolvimento, merece toda a nossa atenção. (SEN, 2000, p.71).

Para ARBIX e ZILBOVICIUS (2001, p. 65), na teoria de Sen, "o espaço da equidade identifica-se com o da liberdade para alcançar objetivos que as pessoas escolham valorizar". Por isso a liberdade de escolha e de valoração está sempre combinada pela capacidade real de ser e de fazer. Essa capacidade real de escolha inclui uma dimensão de livre arbítrio, pela qual podemos entrar com a sua visão de pobreza como "a não capacidade de se buscar o bem-estar".

Segundo Inojosa, citada por WESTPHAL e ZIGLIO (1999), a linha divisória da exclusão social está na impossibilidade de um grupo de indivíduos em alcançar um conjunto de mínimas condições sociais que lhes permitam o exercício de sua condição de cidadão e o atendimento a seus direitos sociais garantidos pela Constituição Federal.

Essa concepção, segundo WESTPHAL e ZIGLIO (1999), exige a busca de um novo padrão de desenvolvimento que consiste na articulação entre desenvolvimento socioeconômico e desenvolvimento humano sustentável, o que implica a necessidade de deslocamento do eixo de análise da categoria de trabalho para conceitos que valorizam condições ou qualidade de vida, de exercício de direitos e desenvolvimento de potencialidades.

Para SACHS (2001, p.161), "a chave para a reconciliação do crescimento econômico com o desenvolvimento social reside no campo da política – a capacidade de fornecer ao processo de desenvolvimento a orientação necessária, na forma de um projeto democraticamente construído".

O autor reforça sua afirmação, ao citar as palavras de Aminata Traoré:

> Para domesticar o desenvolvimento, para evitar que ele seja usado como uma ferramenta de transformação política e social que opere a nosso desfavor, continua sendo de importância crítica submetê-lo a longa reflexão, e praticá-lo em relação ao que sabemos, aos recursos que possuímos e a uma perspectiva que seja nossa, ou, pelo menos na qual possamos nos reconhecer. Cada faceta de nossa experiência permite esse trabalho de redefinição e reorientação: educação, saúde, alimentos, habitação, vestuário, o Estado, a governança, a descentralização e, é claro, a luta contra a pobreza. (Traoré, citado por SACHS, 2001, p. 161).

É nesse contexto que surge a idéia de desenvolvimento local como uma proposta alternativa capaz de contrapor-se à noção de desenvolvimento associada estritamente ao progresso material, ao crescimento econômico e à modernização tecnológica.

2.2.2 Desenvolvimento Local

De acordo com SILVEIRA (2001b, p.39), "a questão do desenvolvimento local pode ser vista como uma resposta que, tendo sua emergência associada a um contexto de globalização, reestruturação produtiva e crise do padrão de desenvolvimento, insere-se no âmago das disputas em torno de alternativas e caminhos, o que lhe dá um caráter estrutural e universal".

Para o autor, o contexto de reestruturação e crise de padrão do desenvolvimento, "ao mesmo tempo em que desvincula, fragmenta e exclui" (p. 39), contribui para a criação de "novas possibilidades de construção endógena, como resistência ativa e construção de novos sujeitos e vínculos" (p.39), a partir do âmbito local SILVEIRA (2001b).

Diversos autores têm apontado a falta de consenso sobre o significado do desenvolvimento local entre os estudiosos, o que vem demonstrando algumas contradições conceituais e ideológicas sobre esse processo (DOWBOR, 1996; MARTINS, 2002; AKERMAN, 2005).

Para França e colaboradores, citados por AKERMAN (2005), algumas experiências seriam apenas expressões espaciais com "ajustes fordistas", enquanto para outras, o local seria um campo privilegiado para o estabelecimento de experiências anti-hegemônicas.

AKERMAN (2005) argumenta que existem, porém, três importantes indicações sobre o tema, nas quais existe certo grau de concordância entre os estudiosos do desenvolvimento local. A primeira é que "não se deve pensar o desenvolvimento local apenas sob uma lógica estritamente economicista" (p.30); a segunda é que "é preciso que as iniciativas locais reconheçam a existência de interesses distintos e conflitos latentes ou potenciais como pressuposição para a articulação inovadora de atores sociais" (p.30) e a última é que "os recursos de governo, de forma isolada, são insuficientes para implementar iniciativas de desenvolvimento local, mas sem o governo é muito mais difícil levá-las adiante" (p.30).

Para MARTINS (2002), a noção de desenvolvimento local apresenta, em sua essência, uma proposta humana, holística e ecológica, o que revela sua complexidade, e cuja compreensão requer uma ampla visão de mundo, bem distinta da convencional, centrada no racionalismo objetivo e cartesiano e em valores materialistas.

Segundo o autor, o diferencial de desenvolvimento local não estaria só em seus objetivos (bem-estar, qualidade de vida, endogenia e sinergias, e outros), mas, sim, em sua proposta de atribuir e assegurar para a comunidade o papel de ator. Ainda segundo Martins, esse processo estaria

balizado por iniciativas, necessidades e recursos locais, tal qual a comunidade. Assim, a participação social assume uma posição importante, seja na sua efetividade como em sua sustentabilidade (MARTINS, 2002).

A questão do território também está implícita. Conforme AKERMAN (2005), o local se expressa como um território vivo de interações e é o lugar "onde fluem vidas em múltiplas interações: social, cultural, amorosa e espiritual, intelectual, política, econômica e outros, que se manifestam e se constroem na cidadania, e que buscam a coesão social em um campo impregnado de conflitos e interesses diversos" (p.22).

Para Martín, citado por MARTINS (2002), o local refere-se "à escala das inter-relações pessoais da vida cotidiana, que sobre uma base territorial constroem sua identidade" (p.54). Segundo o autor, o lugar é essa base territorial, "o cenário de representações e de práticas humanas que são o cerne de sua singularidade" (p.54); "o espaço de convivência humana onde se localizam os desafios e as potencialidades do desenvolvimento" (p.54).

Conforme as palavras de MARTINS (2002), "parece mesmo elementar que toda reflexão, investigação ou ação da escala local devam ser realizadas à luz da realidade cotidiana, isto é, que devam incidir sobre problemas relevantes e concretos de uma comunidade em seu entorno ou lugar, sem perder de vista as múltiplas determinações e interações com outras escalas e níveis de análise" (p. 54).

Para Santos, citado por MARTINS (1992), existe de fato, uma "ordem local" associada diretamente ao cotidiano das pessoas, cujos parâmetros são a co-presença, a vizinhança, a intimidade e a cooperação. Esta, segundo MARTINS (2002), é "a escala humana que se identifica pela relação entre as pessoas, entre estas e o seu entorno (ambiente, empresas e instituições) pautada na interdependência e na comunidade de interesses, mas também,

e principalmente, no cotidiano conflitante e solidário vivido em comum" (p. 54).

A força do lugar reside, para SANTOS, citado por MARTINS (2002), no território compartilhado e identificado por uma consciência social e comunitária do entorno, cuja essência é a própria história de vida vivida em comum.

Para SILVEIRA (2001b), o "local como alavanca" significa "uma reconstituição de direitos e recomposição de práticas e relações, que se afasta da paralisia crítica diante de uma dominação global e se distingue dos movimentos de "fuga para trás" (as utopias regressivas em torno dos macrossujeitos – como uma classe social redentora – ou o retorno a modelos estadocêntricos)" (p.39-40).

Para COELHO (2001), a organização do território que objetiva o desenvolvimento local requer um pacto territorial capaz de viabilizar a associação de interesses dos diversos atores locais, que se conservam independentes, com vista à obtenção de determinados objetivos. Para o autor, isso pressupõe a indicação de uma estrutura organizacional que dê conta da constituição de um espaço de interação dos diversos atores e da construção de uma entidade responsável pelo encaminhamento e implementação das diversas ações propostas. Neste contexto, o autor identifica elementos comuns desses formatos institucionais, que expressam requisitos para os pactos territoriais, são eles:

> • Identificação e mobilização de diversos atores, em torno de programas estruturantes;
> • Necessidade de um alto nível de acordo entre as instituições, empresas e sociedade civil organizada, para evitar qualquer tipo de intervenção que comprometa a finalidade pública;
> • Definição de um projeto que seja orientado ao desenvolvimento das atividades produtivas de um território;
> • Desenvolvimento partindo "de baixo", baseado em iniciativas idealizadas e gerenciadas em nível local, com prazo de execução definido;

> • "Criação" de agentes gerenciadores que expressem o acordo e a união entre os atores envolvidos e que coordenem as ações de modo a torná-las eficazes;
> • Necessidade de uma boa base estatística informativa. (COELHO, 2001, p. 63).

Para ZAPATA e col. (2001), o processo de desenvolvimento local busca contribuir para uma nova forma de gestão pública, a partir dos municípios/microrregiões, para a presença de uma nova figura do gestor social que se contrapõe-se à figura tradicional dos prefeitos clientelistas, centralizadores ou simples administradores de recursos. Esse novo gestor deve ser também animador/facilitador do desenvolvimento do território, articulador, que amplia os espaços de participação como postura democrática e transparente.

Entretanto, no Brasil, principalmente em municípios de pequeno porte, a disponibilidade de recursos humanos capacitados é precária. "Isso evidencia a necessidade de reforçar o tecido social, como meio de conceber e pôr em prática modelos ou processos novos de gestão compartilhada" (ROCHA e BURSZTYN, 2005, p.48).

O conceito de desenvolvimento, a partir do qual faremos nossas análises, aproxima-se de SEN (2000) e de SACHS (2001; 2004), acrescido dos elementos de INOJOSA (1998), WESTPHAL e ZIGLIO (1999) e VALDIVIESO (2003). O aumento do empoderamento do capital social seria algum dos efeitos do processo de desenvolvimento bem como o aumento das possibilidades de trabalho, fosse da habitação com infra-estrutura urbana adequada, sustentabilidade ambiental, acesso à escolarização, acesso a cuidados de saúde, entre outros efeitos esperados das agendas sociais de desenvolvimento local.

3 OS SUJEITOS DO ESTUDO: AS AGENDAS SOCIAIS BRASILEIRAS DE DESENVOLVIMENTO LOCAL

3.1 CIDADE/MUNICÍPIO SAUDÁVEL

Diversos autores como ASHTON (1992), HANCOCK (1993), ROSEN (1994), WESTPHAL (2000) e MENDES (2000), afirmam que a defesa pela saúde das cidades não é recente.

Segundo WESTPHAL (2000), os principais pressupostos da proposta de Cidades/ Municípios Saudáveis podem estar relacionados com o movimento sanitarista europeu do século 21, que já considerava os governos locais das cidades e as associações comunitárias como "importantes agentes para o equacionamento dos problemas de saúde" (p.40).

No século 19, na Inglaterra, Edwin Chadwick, ao produzir o primeiro relatório da Comissão da Saúde das Cidades, já apontava as condições precárias em que vivia a população: alta densidade demográfica, pobreza, ambiente insalubre e alta mortalidade, e apresentava medidas preventivas (Hancock, 1993 apud MENDES, 2000).

Essa época caracterizou-se pela formação de diversas associações em defesa da saúde, que tinham como finalidade disponibilizar conhecimentos para a população e mobilizar a opinião pública para apoiar a formulação de ações legislativas em prol da saúde pública. De acordo com Rosen, citado por MENDES (2000), os sanitaristas, ao esclarecerem a população e formar a opinião pública, buscavam atrair a atenção dos governos e, "assim, chegar à legislação remediadora" (p. 17).

O movimento sanitarista com esse viés ambientalista seguiu exercendo uma influência significativa na formulação das políticas públicas dos países

desenvolvidos até o fim do século 19. No início do século 20, com a descoberta dos germes, deu-se o início da era bacteriológica, o que fez com que o movimento sanitarista perdesse força, pois "a ênfase das ações da saúde passou a ser dada à prevenção individual" (p.41). Posteriormente, com a descoberta da insulina e da sulfamida, nos anos de 1930, iniciou-se a era terapêutica (Ashton, citado por WESTPHAL, 2000).

A partir de 1970, tanto os países do norte como os do sul começam a enfrentar uma crise no setor saúde. Essa "foi a crise de custos e paradigmas". Segundo MENDES (2000):

> Era preciso renovar o interesse pela saúde pública e pelo preventivo. Os maiores contribuintes para a melhora da saúde, diziam os estudiosos, estariam relacionados em menor grau à assistência médica e apoiados em maior medida na importância do desenvolvimento econômico, no incremento da disponibilidade de alimentos, em um ambiente saudável, nas condições de vida e de trabalho. (MENDES, 2000, p.17).

O desenvolvimento do ideário Cidades/Municípios Saudáveis representa a incorporação dos componentes da promoção da saúde no nível local. As atividades são mais focadas no apoio à construção de condições locais para a saúde do que no tratamento de doenças. O Movimento implica apoio ao governo local para o estabelecimento de políticas públicas saudáveis, participação comunitária ativa, criação de ambientes e espaços saudáveis, reorientação dos serviços de saúde e promoção de estilos de vida saudável.

Essa iniciativa surgiu no Canadá, em 1984, durante o evento Healthy Toronto 2000: Beyond Health Care (Toronto Saudável 2000: Além da Assistência à Saúde). A partir do reconhecimento de que as cidades comportam, aproximadamente, metade da população mundial e possuem problemas de saúde específicos, os participantes discutiram sua importância para o estabelecimento de iniciativas de promoção da saúde.

A primeira definição de Cidades Saudáveis foi formulada por Duhl e Hancock (1984 apud FERRAZ, 1999, p.29). Segundo os autores, "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".

A partir desse conceito, essa idéia foi incorporada no Projeto Cidades Saudáveis, apoiado e promovido inicialmente pelo Escritório Europeu da Organização Mundial de Saúde (OMS/EURO).

Segundo WESTPHAL (2000), a OMS adota a definição de Cidades Saudáveis de Duhl e Hancock, que considera uma cidade saudável aquela em que os governantes municipais enfatizam a saúde de seus cidadãos dentro de uma perspectiva ampliada de qualidade de vida, em acordo com a proposta de promoção de saúde. Assim segundo a OMS, citada por WESTPHAL (2000), uma cidade saudável é aquela que "está continuamente criando e modificando seu ambiente físico e social e expandindo seus recursos para que as outras pessoas se capacitem a apoiar umas às outras, para que todos desempenhem a contento todas as funções da vida e desenvolvam ao máximo seu potencial" (p. 43).

Em pouco mais de uma década, a proposta de Cidades/Municípios Saudáveis se espalhou praticamente por todos os continentes. O que era uma iniciativa da saúde voltada para as cidades da Europa, acabou se tornando também, uma estratégia voltada para a promoção da saúde em áreas rurais e urbanas de países em desenvolvimento. A proposta emergiu no auge da era da promoção da saúde e trouxe respostas para a aparente incapacidade do serviço de tratamento orientado à saúde de combater os determinantes econômicos, sociais e políticos da saúde.

Segundo MENDES (2000):

> Os documentos mais recentes acerca do tema Cidades Saudáveis, especialmente aqueles publicados pela Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS (ou PAHO, Pan American Organization) e Organização Mundial de Saúde – OMS (ou WHO, World Health Organization) têm procurado justificar a adoção de projetos Cidades Saudáveis baseadas na análise da situação social, sobretudo dos países em desenvolvimento, onde as desigualdades geradas pelo modelo de desenvolvimento têm aumentado os níveis de pobreza e a informalização da economia tem crescido assustadoramente. Predominam cenários de instabilidade política, de carências sociais e de debilidade, associadas à capacidade insuficiente das instituições que suportam as estruturas da sociedade de atenderem e resolverem esses problemas. Assim, o movimento por Cidades Saudáveis é definido como uma política da saúde a ser implementada". (MENDES, 2000, p.14).

A proposta de Cidades/Municípios Saudáveis foi introduzida pela OPAS/OMS na América Latina, no final da década de 1980, quando muitos países da região estavam experimentando um aumento do processo democrático e a descentralização das funções do Estado. Por essa estratégia enfatizar a participação comunitária e o controle do governo local, ela combinou com o contexto vigente e, por isso, foi adotada subseqüentemente e se expandiu de forma rápida na América Latina.

Outro fator que contribuiu para a sua aceitação na América Latina foi a familiaridade da região e o compromisso de muitos movimentos com a proposta. Ao mesmo tempo em que a estratégia Cidades/Municípios Saudáveis foi promovida na América Latina e no Caribe, ela foi envolvida em vários outros projetos focados em soluções locais para os problemas da saúde, de eqüidade nos serviços de saúde, voltados às prioridades da comunidade.

Para a Organização Pan-Americana de Saúde (2002), a agenda Cidades/Municípios Saudáveis representa uma das abordagens locais mais efetivas da promoção da saúde. Ela fundamenta-se na visão da saúde como qualidade de vida e tem como pressupostos para sua operacionalização a

participação popular, a democratização, o compromisso político com a eqüidade, a intersetorialidade e a busca de uma nova forma de gestão local.

A tendência global, voltada para a descentralização das políticas sociais, da distribuição e administração de recursos, destaca o papel que devem desempenhar as autoridades locais na administração municipal (OPAS, 2002). Neste sentido, para essa instituição, as estratégias de Cidades/Municípios Saudáveis contribuem para promover a saúde da população e fomenta o governo local a estabelecer uma nova forma de governar baseada no desenvolvimento de ações intersetoriais e mecanismos que assegurem a eqüidade e a participação social.

Em virtude do processo de descentralização administrativa verificado nos municípios brasileiros, da ampliação da participação e o controle social, o espaço do município tem se configurado como um lócus privilegiado da estratégia de Cidades/Municípios Saudáveis.

As iniciativas em curso no Brasil vêm crescendo na última década. Entretanto, poucas oferecem subsídios para análise e verificação do impacto das mudanças político-administrativas e culturais ou mesmo da capacidade dos cidadãos em se fortalecer e participar do processo de decisão dos assuntos referentes aos seus destinos e ao futuro da cidade.

Mais adiante, será apresentado o resultado da análise da literatura brasileira sobre Cidades/Municípios Saudáveis produzida entre 1996 e 2006.

3.2 A AGENDA 21

A I Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente Urbano, realizada em Estocolmo, em 1972, representou um marco para o movimento ambientalista, por ter sido a primeira vez que a comunidade internacional se

reuniu para discutir o meio ambiente global e as necessidades de desenvolvimento. A Conferência produziu um documento conhecido como a Declaração de Estocolmo, que sinalizava a necessidade de se criar um processo de gestão planetária dos problemas ambientais que deu origem ao Programa das Nações Unidas para o Meio Ambiente (PNUMA).

A repercussão desse relatório culminou na realização de sucessivas discussões e na realização, em 1992, da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (CNUMAD), a Eco 92. Esse encontro reuniu aproximadamente 179 chefes de Estado e de governo e nele foram elaboradas as convenções sobre Mudanças Climáticas e Diversidade Biológica e três grandes documentos: A Declaração do Rio, a Declaração de Princípios para a Administração Sustentável de Florestas e a Agenda 21.

A Agenda 21 se constituiu no mais importante compromisso firmado durante a Eco 92.

"O termo 'Agenda' foi concebido no sentido de intenções, desígnio, desejo de mudança para um modelo de civilização em que predominasse o equilíbrio ambiental e a justiça social entre as nações" (SILVA, 2006). Ela possui mais de 2.500 recomendações práticas e é um programa de ação que visa à implementação de um novo modelo de desenvolvimento, baseado no manejo sustentável dos recursos naturais, para resguardar a qualidade de vida das futuras gerações. O documento salienta o desenvolvimento sustentável como o caminho para reverter tanto a pobreza como a destruição do meio ambiente.

Segundo SILVA (2006), a Agenda 21 é uma Agenda de Desenvolvimento Sustentável, cujo enfoque do processo de planejamento não fica restrito às questões ambientais, mas, sim, a "uma proposta que rompe com o desenvolvimento dominante, onde predomina o econômico, dando lugar à

sustentabilidade ampliada que une a agenda ambiental e a agenda social". Segundo a autora, a Agenda 21 enuncia a inter-relação "entre os fatores sociais e ambientais e a necessidade de que a degradação do meio ambiente seja enfrentada juntamente com o problema mundial da pobreza". Por isso, a Agenda 21 considera, como questões relevantes, dentre outras coisas, a geração de emprego e renda, para a diminuição das disparidades regionais e inter-pessoais de renda; mudanças no padrão de renda e consumo; a construção de cidades sustentáveis e a adoção de novos modelos e instrumentos de gestão.

Os países signatários se comprometeram a elaborar suas Agendas 21 nacionais e fomentar a construção de Agendas 21 no âmbito regional, estadual e local. Segundo NOVAES (2003): "Já na Conferência Rio+5, em 1997, estimou-se que 65 países haviam definido sua Agenda 21, assim como duas mil comunidades locais. Na Cúpula Mundial sobre Desenvolvimento Sustentável, em Joanesburgo, África do Sul, em agosto de 2002, estimou-se que esse número já houvesse pelo menos dobrado" (p. 7).

A construção da Agenda 21 nacional começou em 1997 e, segundo NOVAES (2003), até sua conclusão, em 2002, envolveu aproximadamente 40 mil pessoas nas discussões nos estados, nas macrorregiões do país e no Distrito Federal. Para o autor esse foi considerado "o mais amplo processo de participação para definir políticas públicas no país". (p. 8)

Para a construção da Agenda 21 Brasileira, foi criada inicialmente uma Comissão de Políticas de Desenvolvimento Sustentável (CPDS), composta por representantes do governo federal e de vários setores da sociedade. Essa Comissão realizou uma licitação pública para a elaboração de seis diagnósticos setoriais que apontassem a situação vigente em seis áreas básicas, os problemas, os conflitos, as estratégias e as ações prioritárias. As áreas escolhidas foram: 1) gestão de recursos naturais; 2) agricultura sustentável; 3) cidades sustentáveis; 4) redução das desigualdades sociais;

5) infra-estrutura e integração regional e 6) ciência e tecnologia para o desenvolvimento sustentável.

Definidos os consórcios vencedores da licitação, eles formaram equipes técnicas e, numa primeira etapa, submeteram suas conclusões e propostas a uma primeira discussão com representantes da sociedade. Incorporaram críticas e sugestões e levaram esses diagnósticos a uma segunda discussão, agora nacional em Brasília, com a presença de representantes de todo o país NOVAES (2003).

Em Brasília, esses diagnósticos foram apresentados, discutidos e incorporaram as críticas e sugestões de representantes de todo o País. Posteriormente transformaram-se no documento Agenda 21 Brasileira - Bases para Discussão, que inclui uma síntese dos diagnósticos e suas propostas, bem como uma visão geral de cada uma das áreas tratadas (NOVAES, 2003).

A Agenda 21 Brasileira sugere que a dimensão ambiental deve ser incorporada às políticas setoriais urbanas (habitação, abastecimento, saneamento, gestão do espaço urbano, entre outras), utilizando critérios e indicadores socioambientais de melhoria da qualidade de vida, necessariamente atrelados a processos de validação social local. Neste contexto, cabe aos gestores do território a tarefa de reorganização do sistema de gestão em busca de uma horizontalização das instâncias de decisão. (MMA, 2003a, p. 6).

> A Agenda 21 Brasileira também propõe, entre outras coisas, a retomada do planejamento estratégico participativo e multissetorial, a partir de uma construção coletiva. Desta forma, a gestão urbana se operacionaliza por intermédio dos planos diretores e similares com uma visão integradora entre o meio rural e urbano, permitindo validar o município como espaço dinâmico e interdependente, tendo como referência analítica outros arranjos espaciais e sociofuncionais como comitês de bacias, consórcios municipais, etc., nos seus pressupostos de sustentabilidade. Outros fatores relevantes a esta construção são as necessárias

> inclusões dos custos ambientais e sociais dos projetos de infra-estrutura, a promoção de mudança de comportamento do individual para o coletivo e a internalização de novos hábitos de consumo mais saudáveis, o uso do espaço urbano evitando o desperdício, entre outras formas de consumo urbano. (MMA, 2003a, p. 6).

A Agenda 21 Global, em seu capítulo 28, apregoa que cada autoridade em cada país implemente uma Agenda 21 Local, tendo como base de ação a construção, operacionalização e manutenção da infra-estrutura econômica, social e ambiental local, estabelecendo políticas ambientais locais e prestando assistência na implementação de políticas ambientais nacionais (BARBIERI, 1997).

Para o Conselho Internacional para Iniciativas Ambientais Locais, conhecido como ICLEI (2006), a Agenda 21 Local é compreendida como:

> um processo participativo e multissetorial para alcançar os objetivos da Agenda 21 em nível local. É também um processo contínuo através do qual uma comunidade enfrenta suas necessidades locais prioritárias, sem esquecer os temas globais, e se realiza através da implementação de planos de ação de longo prazo que integram as três dimensões do desenvolvimento sustentável, ou seja, considerações econômicas, sociais e ambientais (ICLEI, 2006).

De acordo com o ICLEI (2006):

> Idealmente, as atividades da Agenda Local 21 devem formar parte de uma rotina municipal inquestionável e regular, desassociada das mutantes maiorias políticas. Isto demanda estratégias para promover o bom governo, reforçar os princípios e os critérios na tomada de decisões municipais e de políticas apropriadas. Assim como incorporar novos instrumentos de informação, gestão, avaliação e controle na administração municipal. (ICLEI, 2006).

Para KRANZ (2003), é importante fazer uma distinção entre processos de implementação das recomendações da Agenda 21 e processos de desenvolvimento de Agenda 21 Local. De acordo com a autora:

> Um trata – de forma mais ou menos coordenada, dependendo das circunstâncias – das diversas questões abordadas pela Agenda 21, por meio de programas e projetos de gerenciamento de resíduos, reflorestamento, inclusão social, etc. Já a Agenda 21 Local é um processo participativo para a implementação sinérgica das recomendações da Agenda 21 Global, que promove mudanças de valores e atitudes nas comunidades, nas políticas e na forma de atuação das autoridades locais. É um processo que desafia as pessoas a criarem sua própria visão de um futuro sustentável e a descobrir que papel cada uma deve desempenhar para tornar este sonho realidade. (KRANZ, 2003).

3.3 DESENVOLVIMENTO LOCAL INTEGRADO E SUSTENTÁVEL (DLIS)

De acordo com MAGALHÃES e MIRANDA (2001), as práticas de DLIS surgem nos últimos anos da década de 1990, em meio a uma crise do padrão de desenvolvimento, como uma alternativa capaz de criar possíveis oportunidades no campo socioeconômico e contribuir para a reestruturação produtiva.

Segundo os autores, a proposta de DLIS ficou conhecida como uma estratégia capaz de contribuir para a inserção econômica e competitiva de determinados "locais" - comunidades ou municípios -, no geral muito carentes, no mundo globalizado. Para os autores, o DLIS "estabeleceu possibilidades de adesão de vários atores da sociedade brasileira" (p. 107) em propostas de desenvolvimento local. Por um lado, tratava-se de responder a antigos dilemas técnicos de gestores de políticas sociais, que tinham efetivamente dificuldades em articular sua ação à dimensão econômica. Isto é, "compatibilizar políticas de combate à pobreza num quadro funcional frente às variáveis macroeconômicas" (MAGALHÃES e MIRANDA, 2001, p. 107).

Esse contexto fez emergir diferentes experiências que têm apresentado especificidades, conteúdos e formatos diferenciados e têm assumido a identidade DLIS. Essas iniciativas têm sido agrupadas em estratégias de

apoio institucionalizadas, programas estaduais, regionais e experiências em regiões metropolitanas voltadas para o estabelecimento da economia solidária e/ou para a promoção de saúde e melhoria das condições de vida no nível local.

A estratégia DLIS surgiu a partir das Rodadas de Interlocução Política do Conselho da Comunidade Solidária, que contavam com a participação de indivíduos e instituições que se dedicavam ao tema do desenvolvimento local. Em 1999, no governo de Fernando Henrique Cardoso, ela passou a ser experimentada em grande escala por meio do Programa Comunidade Ativa (COMUNITAS, 2004).

Segundo SILVEIRA (2001), o Programa foi concebido como um conjunto de ações que envolve um modelo de gestão e um fluxo de implantação voltados para a consolidação dessa proposta como alternativa para combater a pobreza e reduzir os problemas sociais e econômicos de municípios de pequeno porte (até 50 mil habitantes), com os menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do Brasil (SILVEIRA, 2001a).

Em um outro artigo, o autor comenta:

> O desenvolvimento local integrado e sustentável (DLIS) pode ser visto como um território de diálogo de diversas visões, que se associam a diferentes ênfases e vias de entrada nesta temática (a questão social, a questão do trabalho e da socioprodutividade, a questão urbana, a questão ambiental). O caráter reconhecidamente embrionário das experiências brasileiras acentua a importância do cruzamento das práticas, em espaços plurais onde agendas sejam compartilhadas e se consolidem canais de comunicação sobre o tema, com amplo acesso. (SILVEIRA, 2001b, p.38).

4 OBJETIVOS

4.1 GERAIS

Analisar as principais agendas sociais brasileiras de desenvolvimento local, e identificar semelhanças e diferenças entre elas.

Contribuir para o processo de diálogo e articulação entre as principais agendas sociais brasileiras de desenvolvimento local, que vem sendo desenvolvidas no Brasil: a Agenda 21 Local, Cidades Saudáveis e Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (DLIS).

4.2 ESPECÍFICOS

Em relação às agendas Cidades/Municípios Saudáveis, Agenda 21 Local e DLIS:

1. Apresentar um panorama atualizado da distribuição dessas agendas no território brasileiro.

2. Analisar os marcos teóricos, princípios, valores e estratégias que as sustentam.

3. Analisar os desafios encontrados para a implementação dessas agendas sociais.

4. Identificar as possibilidades de diálogo e articulação das agendas brasileiras rumo à formulação de políticas públicas e ações intersertoriais voltadas para a melhoria da qualidade de vida e o desenvolvimento local sustentável.

5 METODOLOGIA

A presente dissertação é fruto de um estudo teórico, sustentado em um amplo levantamento de fontes bibliográficas sobre promoção da saúde, desenvolvimento local e três agendas sociais de desenvolvimento local brasileiras: a agenda por Municípios/Cidades Saudáveis, Agenda 21 Local e a agenda Desenvolvimento Local Integrado Sustentável (DLIS).

A metodologia utilizada nesta pesquisa foi quanti - qualitativa e utilizou a técnica de análise de conteúdo de documentos, das agendas sociais de desenvolvimento local citadas acima, focalizando os modelos de desenvolvimento que elas propõem, seus princípios, valores, estratégias e as possibilidades de articulação entre elas, tendo em vista a melhoria da saúde e qualidade de vida da população brasileira.

Segundo classificação proposta por Bulmer, citado por MINAYO (1996), trata-se de uma pesquisa estratégica, pois baseia-se nas teorias das ciências sociais, mas orienta-se para um problema que emerge na sociedade. Seus instrumentos são os da pesquisa básica, tanto em termos teóricos como metodológicos, mas "sua finalidade é a ação". Essa modalidade de pesquisa é considerada por essa autora mais apropriada para o conhecimento e avaliação de políticas e particularmente adequada para as investigações sobre saúde e qualidade de vida.

Optou-se pela análise de conteúdo como metodologia deste projeto, que se mostra útil, segundo Triviños, citado por PINHEIRO (2003, p. 53), "para desvendar ideologias que podem existir nos dispositivos legais, princípios e diretrizes" (p. 53). Desvendamento necessário para a discussão temática – sobre o diálogo e articulação entre as agendas sociais de desenvolvimento local para a melhoria da saúde e qualidade de vida da população – e para um delineamento da forma como o conceito sobre desenvolvimento é

apresentado em cada uma dessas agendas, pela análise de seus princípios, valores, estratégias e metodologias utilizadas.

A análise de conteúdo corresponde a um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que permitem o estudo das motivações, atitudes, valores, crenças e tendências. Ela consiste em uma metodologia voltada à hermenêutica controlada, baseada na inferência e na dedução. É um esforço de interpretação que oscila entre o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade (PINHEIRO, 2003).

A organização da análise

De acordo com BARDIN (2000), a primeira etapa da análise de conteúdo é composta pelas seguintes fases: a pré-análise, que consiste na escolha dos documentos a serem analisados, o estabelecimento de uma "leitura flutuante" de textos, a escolha dos documentos para a análise, a formulação de hipóteses e objetivos e a elaboração de um conjunto de indicadores que promovam a análise final.

Para fins deste estudo, a primeira etapa consistiu na busca de publicações no campo da promoção da saúde e desenvolvimento e das três agendas sociais de desenvolvimento local: Cidades/Municípios Saudáveis, Agenda 21 Local e o Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (DLIS).

O levantamento teve início com a busca sistemática nas bases de dados acessíveis e relevantes à área de estudo, a partir dos seguintes descritores: agendas sociais brasileiras, municípios saudáveis, agenda 21 local, DLIS, desenvolvimento local integrado sustentável, desenvolvimento local, crescimento econômico, capital social, empoderamento, sustentabilidade, desenvolvimento sustentável, urbanização, saúde urbana, saúde e qualidade de vida, intersetorialidade, eqüidade, participação social, empoderamento, descentralização, articulações intersetoriais, políticas públicas saudáveis e

promoção da saúde. Essa busca abrangeu livros, periódicos, anais de eventos e trabalhos acadêmicos indexados no Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo – DEDALUS, e nas seguintes bases de dados: LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde, BIREME – Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências de Saúde.

A primeira parte da análise foi quantitativa. Foram contados todos os documentos encontrados por agenda social ao qual o mesmo se refere, e os resultados expressos em número e porcentagem.

O propósito desta fase da pesquisa foi verificar a cobertura dessas agendas pelos municípios do Brasil, as características das estratégias utilizadas, princípios adotados e valores assumidos.

Para isso, foram selecionados os artigos mais consistentes sobre essas agendas, que apresentavam informações sobre conceitos estratégicos, princípios e valores adotados, indicados aos leitores.

Em função de estratégias da promoção da saúde assumirem um caráter transversal, foram elaborados quadros relacionados a essas estratégias. A idéia foi verificar se as mesmas foram citadas pelos autores dos artigos analisados sobre as agendas sociais de desenvolvimento local estudadas. A porcentagem do total dos artigos que mencionam as estratégias foram calculadas para verificar quais delas têm sido privilegiadas em cada uma das agendas estudadas.

Quadro 3 – A agenda social de desenvolvimento local em análise e as estratégias adotadas ou indicadas aos leitores

Estratégias	Número de artigos referidos	%
Políticas públicas		
Intersetoriais		
Entornos saudáveis		
Fortalecimento da ação comunitária		
Aquisição de habilidades pessoais		
Reorientação dos serviços de saúde		

Abaixo está um modelo do quadro elaborado, que focalizará os princípios apresentados ou indicados para serem adotados em cada agenda social de desenvolvimento local e os valores expressos como sendo defendidos, ou nos quais a agenda se apóia para o desenvolvimento de suas propostas.

Quadro 4 – A agenda social de desenvolvimento local em análise, os princípios e valores identificados

Princípios e Valores	Número de artigos referidos	%
Participação Social		
Intersetorialidade		
Equidade		
Sustentabilidade		
Democracia		
Empoderamento		
Justiça social		
Respeito à diversidade		

Para a análise de conteúdo, foi feito um diálogo com as bibliografias e documentações formais e não formais produzidas no Brasil sobre essas agendas sociais no período de 1996 a 2006. As categorias de análise utilizadas foram também as estratégias, princípios e valores que orientam a promoção da saúde e o desenvolvimento local, conforme já mencionamos.

Os conhecimentos oriundos da experiência profissional e da consulta à literatura permearam a realização de toda a análise de conteúdo, o que contribuiu para subsidiar a discussão e o confronto de idéias com aquelas definidas no referencial teórico. As inferências produzidas foram úteis para atingir os objetivos do estudo.

6 RESULTADOS

Cidades/Municípios Saudáveis: resultados da análise

Panorama da Literatura sobre Cidades/Municípios Saudáveis

A pesquisa na literatura sobre Cidades/Municípios Saúdaveis abrangeu livros, periódicos, anais de eventos e trabalhos acadêmicos indexados no Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo – DEDALUS, e nas seguintes bases de dados: LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde, CidSaúde sobre literatura em Cidades Saudáveis.

A partir da utilização do descritor "cidade saudavel" (sem uso de acentuação), foi realizada uma revisão de artigos publicados no período de 1996 a 2006, indexados nas bases de dados LILACS e CidSaúde sobre o tema cidades/municípios saudáveis.

Para a realização da revisão de artigos sobre cidades e municípios saudáveis indexados na base de dados DEDALUS foram utilizados as expressões "cidade saudavel" e "municipio saudavel" (também sem o uso de acentuação).

Os artigos obtidos foram analisados em função de uma tipologia de classificação elaborada por AKERMAN e col. (2002, p. 640):

> - "Texto Geral": abordam o tema município/cidade saudável de uma forma ampla, levando em consideração os aspectos históricos e conceituais, os princípios, diretrizes como estratégia de promoção da saúde e outros;
> - "Estudo de Caso": focaliza relato de experiência de implementação de projetos específicos sem apresentar estratégias e resultados avaliativos;
> - "Estudo Avaliativo": focaliza relato de experiência de implementação de projetos específicos, com apresentação de estratégias e resultados avaliativos;

> - "Outros": estudos que não se enquadram em nenhuma das alternativas anteriores. (AKERMAN e col., 2002, p. 640).

Neste estudo, entretanto, foram agrupados em uma mesma categoria os "Estudos de caso" e os "Estudos Avaliativos".

Dos 265 artigos encontrados na base CidSaúde, que abordam o tema Cidades/Municípios saudáveis, no período de 1996 a 2006, 77 são textos gerais e abordam o contexto histórico em que essa proposta surge, seus conceitos, princípios, valores e suas estratégias, enquanto 85 artigos são estudos de casos e avaliativos, 38 correspondem a resumos, folhetos, pôsteres, panfletos sobre o tema e 65 estudos não se enquadram em nenhuma dessas categorias.

Na base de dados LILACS foram encontrados 162 artigos, dos quais 30 podem ser classificados como textos gerais e 72 como estudos de casos e avaliativos sendo 1 classificado como mapa e 2 classificados como resumos sobre o tema. Os 72 estudos restantes não se enquadram em nenhuma das categorias anteriores.

Já na base de dados DEDALUS a procura com a utilização do termo "cidade saudavel" deflagrou 21 estudos. Desses 10 textos gerais abordam o contexto histórico em que essa proposta surge, conceitos, princípios e valores e estratégias. Seis são estudos de casos e avaliativos. Dois materiais correspondem a resumos e três estudos não se enquadram nas categorias anteriores.

Ao usar a expressão "municipio saudavel" (sem a utilização de acentuação) encontramos 76 registros, dos quais 30 são textos gerais, 5 são estudos de casos e avaliativos, 38 são resumos e pôsteres apresentados em congressos e conferências e os 3 estudos restantes não se enquadram em nenhuma das classificações anteriores.

Panorama das Cidades/Municípios Saudáveis no Brasil

Assim como nos demais países latino-americanos, as primeiras experiências brasileiras de Cidades/Municípios Saudáveis, segundo MENDES (2000) e ADRIANO et al. (2000), datam do início da década de 1990, quando a Organização Pan-Americana de Saúde assumiu a tarefa de propulsionar esse ideário na América Latina.

De acordo com MENDES (2000), ao contrário de outros países da América Latina, do Canadá ou da Europa, o Brasil não possui um órgão ou instituição que aglutine essas iniciativas e incentive a implementação de novas experiências, o que torna difícil saber ao certo quantas iniciativas de Cidades/Municípios Saudáveis existem de fato. Segundo a autora, somente no final da década de 1990, algumas universidades e instituições começaram a ampliar o debate de formação de uma rede brasileira como uma estratégia capaz de ampliar o movimento no Brasil.

A autora verifica "duas fases distintas de aproximação das cidades a esta filosofia" (p.67). Segundo a autora, na primeira fase, "há uma relação mais direta com o movimento canadense, especialmente com a cidade de Toronto, cujos técnicos participam de seminários nas cidades brasileiras, com intuito de sensibilizá-las para o tema. Há um intercâmbio entre os países e um acompanhamento mais direto no desenvolvimento das experiências" (p.67). Essa fase tem início com a experiência da cidade de São Paulo, em 1991, cuja iniciativa teve o apoio de um convênio de cooperação técnica entre as cidades de São Paulo e Toronto, "consideradas cidades-irmãs" (MENDES, 2000, p.67). Ainda segundo a autora, o ano de 1994 também foi considerado um marco para as propostas de Cidades/Municípios Saudáveis no Brasil, pois intensifica-se o contato com o Canadá e com a Organização Pan-Americana de Saúde, que começa a apoiar iniciativas de Cidades/Municípios Saudáveis na América Latina.

Ainda de acordo com a autora, entre 1994 e 1995, dez cidades brasileiras incluíram em suas agendas políticas, projetos na perspectiva de Cidades/Municípios Saudáveis: Campinas, Diadema, Jundiaí, Santos, no Estado de São Paulo; Iraquara, na Bahia; Céu Azul, Chopinzinho, Curitiba, Palmeira, no Paraná; e Maceió, no Estado de Alagoas. Na segunda fase de aproximação das cidades a esse ideário, a autora verifica maior participação das Universidades, de Órgãos como – Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde (CONASENS), da Fundação Kellog, que procuram promover a cooperação técnica e/ou oferecer colaboração financeira. Essas instituições, ainda segundo a autora, incentivaram, nos anos de 1996 e 1997, projetos nas cidades de Vargem Grande Paulista, no Estado de São Paulo; Sobral, Crateús e Fortaleza no Ceará; Anadia, Arapiraca, Fleixeiras, em Alagoas e Dionísio e São José do Goiabal em Minas Gerais.

A essas cidades apontadas por MENDES (2000) como participantes do movimento por Cidades/Municípios Saudáveis, a autora agrega mais 27 experiências citadas pelo Ministério da Saúde até o ano de 2000. São elas: São Miguel dos Campos, Cacimbinhas, Cajueiro e Murici, em Alagoas; Brasília e Goiânia em Goiás; Nova Mutum, no Mato Grosso; Aguanil, Campo Belo, Cana Verde, Candeias, Cristais, Perdões, Santana do Jacaré e Santo Antonio do Amparo, em Minas Gerais; Pato Branco, no Paraná; Campina Grande e Piancó na Paraíba; Cabo do Santo Agostinho e Camaragibe, em Pernambuco; Miguel Alves, no Piauí; Niterói, no Rio de Janeiro; Pimenta Bueno em Rondônia: Bertioga e Limeira, em São Paulo; Tobias Barreto em Sergipe e Palmas em Tocantins. (Ministério da Saúde, 2000 apud MENDES, 2000).

Segundo MENDES (2000), das 16 cidades inicialmente apontadas como integrantes do movimento por Cidades/Municípios Saudáveis, 5 tiveram seus processos interrompidos em virtude das mudanças administrativas ocorridas: São Paulo, Santos, e Campinas, no Estado de São Paulo; Palmeira, no Paraná e Iraquara, na Bahia; outras duas, segundo a autora, desenvolveram

algumas atividades de sensibilização e não chegaram efetivamente a implantar ações: Diadema, no Estado de São Paulo e Céu Azul, no Paraná.

Segundo Sotelo e Rocabado, citados por ADRIANO e col. (2000, p.56), a disseminação da proposta de Cidades/Municípios Saudáveis acelerou-se na América Latina a partir da criação de redes que atualmente se encontram constituídas em diversos países. Para os autores, essas redes possuem quatro funções básicas:

> 1) difundir os conteúdos do projeto entre as autoridades municipais, os promotores potenciais e a própria comunidade, estimulando desta maneira a criação e ampliação do movimento;
> 2) ser uma instância de credenciamento e de incorporação dos municípios à rede;
> 3) acumular e trocar experiências e informações mediante reuniões periódicas e através da utilização de diferentes meios de comunicação;
> 4) reconhecer e estimular os municípios para que executem seus projetos com eficiência e eficácia. (Sotelo e Rocabado, citados por ADRIANO e col., 2000, p.56).

Segundo ADRIANO e col. (2000), a maior dificuldade encontrada no enquadramento de municípios brasileiros em uma experiência de Cidades/Municípios Saudáveis está relacionada à "falta de critérios ou parâmetros para aplicação do termo".

Segundo Mottta, citada por ADRIANO e col. (2000, p.57), "cada cidade tem se declarado pertencente ao movimento na medida que desenvolve iniciativas de implementação de políticas públicas que incorporam alguns dos pressupostos delineados pelo movimento, tais como a participação popular e a intersetorialidade".

Para ADRIANO e col. (2000), as experiências identificadas são ainda incipientes e podem correr o risco de desaparecer em função das mudanças na administração e da frágil participação da sociedade civil.

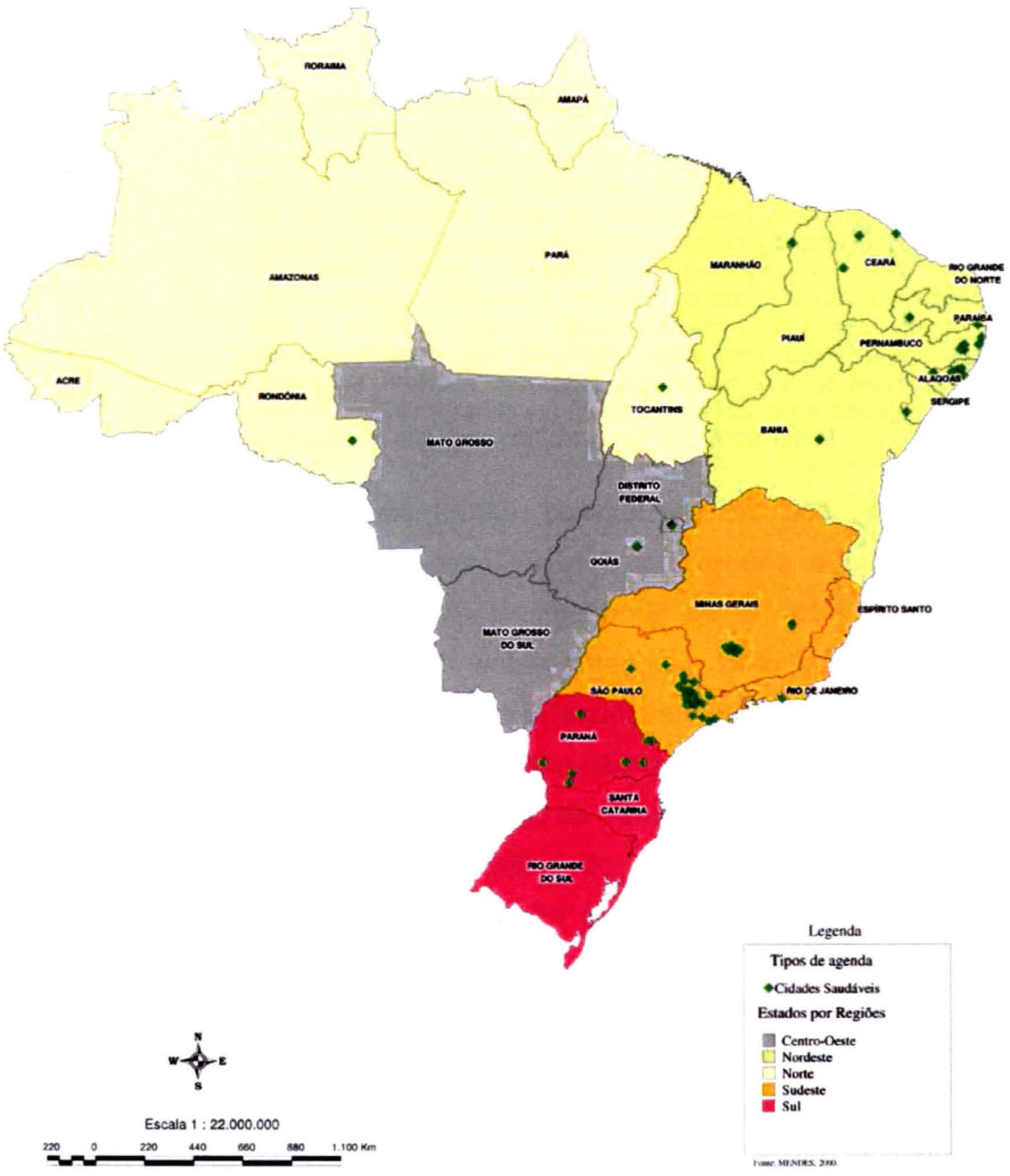
Somam-se às iniciativas acima, citadas por MENDES (2000), o Projeto de Ampliação dos Municípios Saudáveis do Estado de São Paulo, criado em 2000, que abrange os municípios de Bertioga, Motuca, Itaoca, Ribeira e Lins. O projeto constitui uma das experiências mais recentes e tem como dois dos principais articuladores a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e o CEPEDOC Cidades Saudáveis - Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades/Municípios Saudáveis, que concentra suas atividades de promoção da saúde em iniciativas de municípios saudáveis no Estado de São Paulo.

Nesse mesmo período, no ano de 2001, o Núcleo de Saúde Coletiva e Desenvolvimento Social (NUSP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), em parceria com o governo do Estado e a prefeitura de Recife, com apoio da Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA), estruturou o projeto Municípios Saudáveis do Nordeste, integrando, até então, os municípios de Camocim de São Felix, Bonito, São Joaquim do Monte, Sairé, Barrra do Guabiraba e Itambé (NUSP, 2006).

Dois anos mais tarde, em 2003, foi criada a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (RMPS), que conta com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde, da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp/ Faculdade de Ciências Médicas/ Departamento de Medicina Preventiva e Social), do Instituto de Pesquisas Especiais para a Sociedade (IPES) e possui como membros os seguintes municípios: Americana, Arthur Nogueira, Atibaia, Cosmópolis, Estiva Gerbi, Holambra, Hortolândia, Itatiba, Itupeva, Jundiaí, Leme, Louveira, Monte Mor, Nova Odessa, Pedreira, Pirassununga, Rio Claro, Salto, Santo Antonio da Posse, Sumaré, Valinhos e Vinhedo; Extrema, em Minas Gerais e Maringá, no Estado do Paraná (RMPS, 2006).

O mapa 1, apresentado a seguir, mostra geograficamente o panorama atual das Cidades/Municípios Saudáveis no Brasil por regiões administrativas.

Figura 1: Mapa de distribuição das Agendas Cidades/Municípios Saudáveis no Brasil



Fonte: MENDES, 2000; NUSP, 2006; RMPS, 2006

Conceitos de Cidades/Municípios Saudáveis

Na análise da literatura sobre Cidades/Municípios Saudáveis, foram encontradas diversas conceituações sobre o tema, que serão apresentadas a seguir.

Para a OPAS (2002), um município inicia o processo de tornar-se saudável quando:

> seus líderes políticos, organizações locais e cidadãos se comprometem e dão início ao processo de melhorar contínua e progressivamente as condições de saúde e qualidade de vida de todos os seus habitantes, formando e fortalecendo um pacto social entre as autoridades locais, as organizações comunitárias e as instituições do setor público e privado. O planejamento local é um instrumento básico, incluindo a participação social na implementação, avaliação e tomadas de decisão. Um município torna-se saudável quando estabelece um compromisso formal para implementar um plano de ação para desenvolvimento sustentável, melhoria das condições sociais a longo prazo com meta de garantir a saúde e a qualidade de vida para todos os que vivem em um ambiente particular. (OPAS, 2002, p.8).

Mendes, citado por WESTPHAL (2000), considerado um dos primeiros estudiosos brasileiros a abordar esse ideário, compreende o Município Saudável é compreendido como um espaço onde se realizam alianças voltadas para a produção social da saúde entendida como qualidade de vida. Para o autor um Município Saudável é "aquele em que todos os atores sociais em situação de governo, organizações não-governamentais, famílias e indivíduos orientam suas ações no sentido de transformar a cidade em um espaço de produção social da saúde, construindo uma rede de solidariedade no sentido da qualidade de vida da população" (p. 43).

Para FERRAZ (1999), a proposta Cidades/Municípios Saudáveis é considerada inovadora em virtude da concepção de promoção da saúde que ela veicula, "que considera, primeiramente a dimensão política e a participação comunitária ao invés de simplesmente considerar as ações preventivas tradicionais centradas na educação sanitária e nas mudanças de comportamentos individuais" (p.83).

Em seu livro, a autora comenta que a concepção dessa proposta tem enfrentado dificuldades quanto à exata compreensão de seu significado e aplicação no campo da saúde pública. Isso se deve, segundo a autora, a inúmeros fatores, entre os quais "o fato de que a cultura sanitária está ainda referenciada no paradigma fragmentado e biotecnológico que se traduz na estratégia de programas verticais" FERRAZ (1999, p.80). Em outros termos, segundo a autora, ainda não existe uma compreensão dos determinantes sociais da saúde capaz de criar uma nova cultura sanitária.

Para WESTPHAL e MENDES (2000), os projetos de Cidades/Municípios Saudáveis têm se disseminado por vários países como uma tentativa de responder às mudanças decorrentes da globalização, da urbanização acelerada e dos arranjos políticos e institucionais. Baseando-se no pressuposto de que a saúde é uma produção social, as autoras argumentam que o ideário de Cidades/Municípios Saudáveis "advoga superar as práticas da saúde centradas na atenção médica curativa, para buscar a globalidade de fatores que determinam a saúde". Além disso, para WESTPHAL e MENDES, essa proposta apresenta como prioridade na definição de políticas públicas incluir a saúde como critério de governo. (p. 48).

Para BUSS (2000), o movimento das Cidades/Municípios Saudáveis é uma proposta de articulação de diversas políticas públicas voltadas para a criação de ambientes e condições para uma vida saudável. Segundo o autor, essa iniciativa é compreendida como "uma nova forma de governar e administrar que requer e propicia a reestruturação dos sistemas de saúde e de sua articulação com outros sistemas na formação de políticas e programas integrados de desenvolvimento humano e bem-estar" (p.175-6).

Esse enfoque intersetorial da concepção desse ideário também pode ser encontrado na definição de ZANCAN (2003). Para a autora, "falar de cidades/comunidades saudáveis é colocar em prática uma nova forma de

gestão pública centrada na intersetorialidade e na participação e co-responsabilização dos diversos segmentos que compõem a sociedade-governamental do mercado, a sociedade civil" (p.49).

Para MENDES e FERNANDEZ (2003), a proposta Cidades/Municípios Saudáveis é entendida como uma estratégia da promoção da saúde que pode significar uma possibilidade de inovação na gestão e no desenvolvimento das potencialidades de uma cidade para a busca de soluções para os problemas locais existentes.

Conforme as palavras dos autores:

> Uma possibilidade para inovações na gestão, que venha ao encontro de promover maior qualidade de vida, reside na estratégia de promoção da saúde denominada Cidades Saudáveis, que se volta para o desenvolvimento das potencialidades das cidades – suas vocações, sua cultura, sua história – o que evidencia a crença de que as soluções dos problemas se encontram entre os autores que a vivenciam. A necessidade de se pensar em novos projetos de intervenção nas cidades baseia-se no fato de, dada a diversidade e complexidade destas, os problemas estão inter-relacionados uns aos outros. Estão postos, portanto, muitos e novos desafios, mas com uma abordagem desta natureza surgem também, novas possibilidades de respostas integradas às necessidades. (MENDES e FERNANDEZ, 2003, p.8).

Metodologia

De acordo com a OPAS (2002), uma Cidade/Município Saudável é essencialmente um processo que requer determinação e forte compromisso político, bem como uma participação ativa da comunidade.

Para estabelecer essa estratégia, a OPAS propõe os seguintes passos:

> - Realizar um diagnóstico participativo com a comunidade para determinar a situação de saúde e de qualidade de vida do município ou da comunidade para identificar necessidades, dificuldades, condições favoráveis e recursos disponíveis;

> - Criar uma Comissão Municipal Intersetorial para compartilhar as idéias sobre a estratégia de MCS juntamente com a comunidade e definir uma visão e missão comuns. Também é importante designar um ponto focal no poder legislativo municipal para a estratégia de MCS;
> - Desenvolver uma proposta de plano estratégico, através de um processo participativo e intersetorial, incluindo autoridades locais, comunidade (incluindo mulheres e homens de todos os grupos etários e étnicos) e outros atores, que definam objetivos, metas e resultados esperados;
> - Submeter a proposta de projeto de MCS à aprovação do governo e do poder legislativo local e outros atores e parceiros relevantes;
> - Apresentar, discutir e disseminar a proposta aprovada, através de um fórum público;
> - Definir os membros da Comissão Municipal Intersetorial e compor um grupo de trabalho para as atividades de implementação e monitoramento;
> - Desenvolver um plano de trabalho detalhado baseado no diagnóstico participativo (Fase inicial e de organização) que inclua: metas a curto, médio e longo prazo, atividades propostas, recursos disponíveis, cronograma e indicadores para o monitoramento e a avaliação;
> - Identificar estratégias para promover a participação e formar parcerias para a implementação do plano e para a mobilização de recursos;
> - Promover políticas públicas locais e institucionais e ações intersetoriais;
> - Desenvolver uma estrutura política para dar suporte e sustentar a implementação da estratégia de Municípios e Cidades Saudáveis (MCS);
> - Criar diversos espaços saudáveis;
> - Encorajar os políticos a se comprometerem com o envolvimento da comunidade, bem como fortalecer e assegurar a sustentabilidade e a intersetorialidade da estratégia de MCS. (OPAS, 2002, p. 15-16).

WESTPHAL (2000), ao citar Mendes, argumenta que a opção de um prefeito em dar início a um processo de construção de uma Cidade/Município Saudável envolve a necessidade de mudar de forma gradativa a forma de administrar, tornando-se assim um gestor social do processo.

Assim, segundo WESTPHAL (2000):

> Esse novo papel pressupõe um compromisso do administrador com a adoção de políticas públicas saudáveis que possam minimizar as desigualdades através de ações sobre os determinantes dos problemas da saúde, nos múltiplos setores em que se localizam. Pressupõe, também, a existência de um plano de governo baseado na resolução dos problemas identificados, com base em indicadores de qualidade de vida. Este plano deve

> ter metas explícitas e objetivar a resolução de questões relacionadas à eqüidade e desenvolvimento sustentado e ainda estabelecer mecanismos para promover a responsabilidade e o controle social. (WESTPHAL, 2000, p.46).

Ao mesmo tempo, segundo ALMEIDA (1997), é necessário:

> ressaltar a importância da questão estratégica do compromisso político para ser desenvolvido um trabalho no qual a gestão pública e, portanto, as políticas sejam estratégias de desenvolvimento com ênfase no sentido da justiça social, englobando portanto, cidadania, generosidade, solidariedade, e interferindo nesse processo para elevar a qualidade de vida da população. (ALMEIDA, 1997, p.78).

Conforme as palavras de KEINERT (1997):

> a questão não é somente saber quando a administração está comprometida com o plano, mas quando a) o plano é coerente com a administração b) quando o compromisso com o plano engendra compromisso com o processo de formulação de políticas e c) quando a própria natureza do plano realmente fomenta o compromisso da administração com a sua missão. (KEINERT 1997, p.59).

Para FERRAZ (1999), entre os aspectos favoráveis à adoção da proposta Cidades/Municípios Saudáveis, encontram-se: o comprometimento dos municípios no processo de descentralização; congruência entre os princípios do movimento sanitário e os de Cidades/ Municípios Saudáveis, o interesse e ação do Movimento Sanitário como ator político. Como fatores desfavoráveis, a autora aponta: a herança de uma cultura política setorial em nível local, a instabilidade política, a dificuldade de apoio logístico para a execução de projetos e a cultura sanitária dos programas verticais.

De acordo com Souto, citado por WESTPHAL (2000), o compromisso dos gestores com a adoção de políticas públicas saudáveis é condição essencial ao desenvolvimento dessa agenda:

> Ainda que as experiências sejam limitadas a um pequeno número de municípios, elas chamam atenção pelas inovações e estão construindo um novo paradigma sobre a arte de governar. Têm-se,

> mesmo que de forma limitada, construído esferas públicas não estatais, espaços de negociação em que se tornam públicas as propostas, os autores e interesses que disputam os recursos municipais e o atendimento de suas necessidades e seus objetivos. É possível reconhecer que através desses projetos está ocorrendo um tipo de reforma do Estado no município que opõe a centralização do poder nas mãos do prefeito, ao segredo burocrático, o discurso de competência técnica como condição para a participação da sociedade civil, onde a participação dos cidadãos e de suas representações coletivas são concebidas como fundamentais. (Souto citado por WESTPHAL, 2000, p. 49).

Estratégias da Agenda Cidades/Municípios Saudáveis

No quadro 5, relacionamos as estratégias adotadas pela agenda de desenvolvimento local Cidades/Municípios Saudáveis. A estratégia mais mencionada e discutida nos artigos selecionados foi a mobilização por políticas públicas saudáveis, seguida de longe pela reorientação dos serviços de saúde, tendo em vista que esta é uma agenda mais relacionada ao setor saúde.

Quadro 5 – A agenda Cidades/Municípios Saudáveis e as estratégias adotadas ou indicadas aos leitores

Estratégias	Número de artigos referidos	%
Políticas públicas intersetoriais	30	69,76
Entornos saudáveis	14	32,55
Fortalecimento da ação comunitária	15	34,88
Aquisição de habilidades pessoais	15	34,88
Reorientação dos serviços de saúde	18	41,86

Fonte: Referências consultadas (n=43).

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2002), a estratégia de Cidades/Municípios Saudáveis consiste em fortalecer a execução e as atividades de promoção da saúde no âmbito local, "colocando a promoção da saúde como a mais alta prioridade da agenda política, envolvendo as

autoridades governamentais e a comunidade, fomentando o diálogo e compartilhando conhecimento e experiências, assim como, estimulando a colaboração entre os municípios e as comunidades" (p. 8).

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde, a estratégia de Cidades/Municípios Saudáveis faz parte de um processo global de democratização e descentralização cujo marco é a gestão local e participação comunitária.

Para ZANCAN (2003, p.49), um projeto de Cidades/Municípios Saudáveis, "do ponto de vista do setor saúde, tem como função reorientar as políticas e práticas numa perspectiva promocional, na qual as estratégias de atenção à saúde se inserem no conjunto intersetorial e interdisciplinar de ações em prol da qualidade de vida das pessoas e das comunidades. Implica, desta forma, na adoção de um conceito positivo de saúde, como qualidade de vida e um direito de cidadania".

Em relação às políticas públicas saudáveis, temos a manifestação de WESTPHAL (2000) sobre saúde como qualidade de vida, os pré-requisitos para alcançá-las e as políticas públicas intersetoriais necessárias para garanti-las:

> Seja considerando o espaço da cidade ou do município, a eqüidade e a qualidade de vida são o objeto e finalidade desse projeto. O projeto europeu original considera os pré-requisitos da Carta de Ottawa como parâmetros de qualidade de vida. Os pré-requisitos estabelecidos na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizado em Ottawa (Canadá) e referendados nas subseqüentes foram: paz, posse de uma habitação que atenda à necessidade básica de abrigo, adequada em termos de dimensões por habitante, condições de conforto térmico e outras; acesso a um sistema educacional eficiente, em condições que favoreçam a democratização da informação e formação dos cidadãos; disponibilidade de alimentos em quantidade suficiente para o atendimento das necessidades biológicas; promoção do crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes e reposição da força de trabalho; renda suficiente para o atendimento às necessidades básicas e pré-requisitos anteriores; recursos renováveis garantidos por uma

> política agrária e industrial voltada para as necessidades da população e do mercado interno – não somente para a exportação e importação – e ecossistema preservado e manejado de forma sustentável. Estes pré-requisitos precisam ser garantidos por políticas educacionais, agrícolas, ambientais, de transporte urbano, voltadas para o objetivo amplo de saúde, qualidade de vida e desenvolvimento humano orientado por valores democráticos de justiça e equidade (Westphal apud OPAS, 1996; Strozzi e Giacomini, 1996). (WESTPHAL, 2000, p.43-4).

De acordo com a OPAS (2002), uma política pública saudável tem como finalidade "criar um ambiente de apoio que permita às pessoas terem uma vida saudável, fazerem as escolhas saudáveis e transformar os ambientes sociais e físicos. Esse conceito implica no desenvolvimento de atividades pelos governos e por aqueles que têm poder político, dirigidas a solucionar problemas específicos que afetam o bem-estar, a qualidade de vida e a saúde da população" (OPAS, 2002, p.10-1).

O processo de construção de uma cidade/município saudável, em si mesmo, já representa a criação de um ambiente saudável, assim como o movimento por escolas promotoras de saúde e por espaços de trabalho saudáveis.

Nessa perspectiva, segundo GENTILE (2001, p.84), que realizou um estudo de caso da experiência de Chopinzinho no Paraná, "ganham importância, nesse processo, todos os ambientes, espaços de convívio ou ambientes que as pessoas freqüentam no decorrer da vida; portanto, o ambiente escolar, de trabalho, as creches, as unidades de saúde, os ambientes organizados pela sociedade, de convívio (clube de terceira idade, espaços de lazer, etc.)".

Para a autora, a ação de construir cenários saudáveis e voltados para a promoção da saúde pode contribuir para alguma modificação organizativa, incluindo a mudança do entorno físico, "da estrutura da organização e da gestão".

Assim, ainda segundo a autora:

> Os ambientes ou entornos dos indivíduos, são considerados a partir de sua inserção no mundo e de suas relações sociais. Promover a saúde é, antes de mais nada, oportunizar para as pessoas o acesso à informação e processos que ampliem a capacidade de exercício da cidadania e de produção de uma vida mais satisfatória, mais saudável. Ampliar os espaços de atuação, de todos os setores da sociedade ao bem comum, e ampliar a atuação para a saúde nos espaços socialmente definidos é um caminho de produção de saúde e promoção da saúde que tem mostrado resultados satisfatórios em todo o mundo. (GENTILE, 2001, p.83-4).

BUSS (2000) ressalta que para a criação de ambientes saudáveis é necessário "reconhecer a complexidade das nossas sociedades e a relação de interdependência entre diversos atores". Ainda para o autor:

> a proteção do meio ambiente e a proteção dos recursos naturais, o acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio ambiente produzem sobre a saúde, bem como a conquista de ambientes que facilitem e favoreçam a saúde, como o trabalho, o lazer, o lar, a escola e a própria cidade, passam a compor centralmente a agenda da saúde. (BUSS, 2000, p.171).

Já as ações voltadas para o fortalecimento da ação comunitária buscam contribuir para o envolvimento e participação da comunidade na escolha das prioridades e tomadas de decisões e no desenvolvimento de estratégias voltadas para a melhoria das condições de saúde da comunidade, por isso, para BUSS (2000), é fundamental o incremento do poder técnico e político comunitário.

A força motriz desse processo vem do fortalecimento da participação da comunidade e dos técnicos do poder público e das organizações da sociedade civil que atuam como agentes de mudança e indutores diretos do desenvolvimento local.

Nesse contexto, também é fundamental o reforço das redes e apoios sociais, uma vez que essas contribuem para o desencadear de mecanismos de co-responsabilização, de mobilização e participação dos vários movimentos e grupos sociais (Ministério da Saúde, citado por SPERANDIO (2006).

Para SPERANDIO, que articula a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (2006):

> A rede favorece o planejamento das ações em saúde, esta entendida, como produção social de determinação múltipla e complexa, possibilitando acessar as necessidades percebidas e vivenciadas pela população dos diferentes territórios, permitindo a construção de compromissos e co-responsabilidades em favor da vida, além de estratégias de redução das iniqüidades sociais, de participação social, de intersetorialidade e de institucionalidade para a construção de políticas públicas saudáveis (SPERANDIO, 2006, p.17).

Entretanto o que se observa muitas vezes é a existência de confronto entre o poder público e a comunidade. Segundo MALIK (1997), isso ocorre em virtude de o "governo ter duração definida de quatro, cinco ou oito anos de governo enquanto a comunidade possui inserção de longo prazo no município". Assim, a "formação de lideranças comunitárias efetivas seria importante para ampliar os limites de difusão das idéias, dos projetos, de sua ampliação, de sua avaliação e de sua permanência" (p.24-5).

Para BUSS (2000), a aquisição de habilidades pessoais diz respeito ao fornecimento de informações e educação em saúde para que os indivíduos tenham consciência da importância do coletivo em saúde e da sua responsabilidade para a promoção da saúde.

Em relação ao desenvolvimento de habilidades pessoais, SPERANDIO (2003, p.16-7), lembra que "investir no ser humano, na sua formação e informação é algo valioso". Para a autora, "é fundamental ter claro que não vamos construir projetos para outras pessoas, mas, sim com outras e para todos nós; não devemos nos excluir do processo como se fôssemos os detentores do saber".

Quanto à reorientação dos serviços de saúde, ela é fundamental para dar conta desta visão abrangente de saúde. Segundo WESTPHAL (2000), essa

estratégia visa à ampliação do acesso eqüitativo aos serviços e programas de saúde, com o incremento das atividades preventivas e promocionais.

ANDRADE e BARRETO (2002) focalizam o objetivo das estratégias de uma cidade/município saudável para além da simples cobertura de serviços de saúde. Para eles um projeto com essa identidade:

> busca, além de atingir a atenção universal à saúde, promover compromisso político manifesto para fazer da saúde uma prioridade e um objetivo fundamental da gestão pública; expressar compromisso de governabilidade para melhorar a saúde, entendida como bem-estar, e disposição para mobilizar os recursos sociais, institucionais e comunitários da municipalidade; apresentar mecanismos mínimos para convocar e coordenar os setores institucionais e organizações locais; estabelecer procedimentos para negociar propósitos de saúde sem reduzi-los, somente, a metas de cobertura dos serviços; possuir mecanismos para acordar compromissos e responsabilidades dos diferentes atores sociais e institucionais para alcançar as metas de saúde conveniadas; e explicitar estratégias para concretizar o surgimento e cumprimento dos compromissos adquiridos, das metas consensuadas e do desenvolvimento de processos de transformação das relações, para o sucesso da eqüidade em saúde. (ANDRADE e BARRETO, 2002, p.161).

Para ANDRADE e BARRETO (2002, p.166), "os exemplos que existem na prática indicam que o êxito dos contextos saudáveis depende de fatores internos e externos, mas, sobretudo são frutos de consensos gerados por sujeitos individuais e coletivos que avaliam e definem suas condições e possibilidades".

Cidades/ Municípios Saudáveis: abordando princípios e valores

Como já foi referido anteriormente, as estratégias da agenda Cidades/Municípios Saudáveis são orientadas pelos princípios e valores da promoção da saúde (OPAS, 2002). Na literatura consultada, encontramos referência a vários desses princípios e valores, conforme pode ser visto no quadro 6:

Quadro 6 - A agenda Cidades/Municípios Saudáveis e os princípios e valores verificados na literatura consultada

Princípios e Valores	Número de artigos referidos	%
Participação Social	40	93,02
Intersetorialidade	40	93,02
Eqüidade	20	46,51
Sustentabilidade	11	25,58
Democracia	13	30,23
Empoderamento	9	20,93
Justiça social	9	20,93
Respeito à diversidade	4	9,30
Solidariedade	8	18,60

Fonte: Referências consultadas (n=43).

Apesar de termos encontrado muitas referências a esses princípios e valores, não há análises consistentes sobre o significado da maioria deles. Nesse sentido, trouxemos para o texto somente observações sobre princípios e valores que fizessem algum sentido para a análise. Em muitos textos, a menção ao respeito à diversidade, à solidariedade, à justiça social, por exemplo, não foram objeto de discussão da grande maioria dos autores dos textos selecionados.

Democracia, participação social e empoderamento

Quanto à ênfase dada à participação social na literatura consultada, ela comprova que este é um princípio seguido por esta agenda social que teoricamente é considerada uma estratégia de Promoção da Saúde. Da literatura brasileira e latino-americana, de onde retiramos nossas referências, as menções à participação social são mais enfatizadas por termos passado por uma abertura política pós-ditadura e a democratização

do país estar em pauta. Neste sentido, a participação adquiriu uma importância significativa nas últimas décadas do século 20, na busca de articulações entre o Estado e as organizações da sociedade civil; com a mobilização social em torno de projetos comuns de interesse coletivo em relação aos municípios, como lócus de estratégias voltadas para a promoção da saúde e da qualidade de vida.

Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2002), em muitos países onde a estratégia de Cidades/Municípios Saudáveis tem sido utilizada, ela tem contribuído para a condução do processo de descentralização. De acordo com a OPAS, em um contexto de democratização das decisões municipais, a estratégia tem oferecido a possibilidade de que todos os atores interessados possam participar na definição de prioridades e intervenções-chave, de uma maneira colaborativa (OPAS, 2002).

Ainda para a OPAS, a proposta de Cidades/Municípios Saudáveis busca contribuir para o aumento do envolvimento e da atuação da comunidade e para o fortalecimento e a consolidação dos processos democráticos no nível local, especialmente pela participação da sociedade civil para decidir sobre as prioridades, as ações e a utilização dos recursos (OPAS, 2002).

Neste sentido, de acordo com WESTPHAL (2000), na busca da qualidade de vida, a proposta de Cidades/Municípios Saudáveis em seus pressupostos conceituais e operativos supõe, entre outros aspectos, que a população deva participar na definição da política social, no controle social e na avaliação das ações e serviços decorrentes. Contempla, portanto, a participação social e política da população com vistas ao atendimento das necessidades, das demandas e dos interesses das organizações da sociedade civil nos processos de planejamento e implementação de projetos locais de desenvolvimento social sustentado, pela melhoria da saúde e qualidade de vida.

Alguns artigos sugerem que a prática da participação de vários setores sociais na implantação de um processo de Cidades/Municípios Saudáveis seja ampliada no sentido de aproximá-la de modelos de co-responsabilidade voltados para a gestão participativa (MENDES, 2000, ADRIANO e col., 2000; MENDES e FERNANDEZ, 2003).

Isto é o que diz o artigo de ADRIANO e col. (2000), para os quais a participação é:

> uma postura ativa de envolvimento e co-responsabilidade dos diversos saberes, setores técnicos e segmentos sociais da população na discussão dos problemas da cidade e na tomada de decisão sobre as formas de enfrentamento dos mesmos, construindo, dessa forma, um projeto mais ampliado e real para a cidade. Além disso, é a participação que dá legitimidade política e social a esse projeto. (ADRIANO e col., 2000, p. 55).

Nessa mesma perspectiva, MENDES (2000) também enfoca a participação de uma forma ampliada. Segundo a autora, quando se refere aos projetos de Cidades/Municípios Saudáveis, a participação, em suma, diz respeito a "um processo por meio do qual os grupos comunitários, organizações, instituições, intervêm para identificar problemas e propor ações de mudanças. Em outras palavras, participação se traduz como gestão participativa" (p. 2).

Para MENDES e FERNANDEZ (2003):

> A abordagem Cidades Saudáveis facilita a compreensão da complexidade do processo de participação, Os enfoques observados, em décadas anteriores, na teoria e na prática da participação de vários setores sociais, devem, na implantação de um processo de Cidades Saudáveis, ser ampliados no sentido de se aproximar de modelos de co-gestão ou co-responsabilidade. Trata-se da participação social onde interagem os atores institucionais, sejam de esferas públicas ou privadas, atores organizados em torno de interesses ou entidades e associações, indivíduos e lideranças, parlamentares e outras autoridades. As formas de participação podem ser: a) institucionalizadas, em Conselhos e b) não institucionalizadas, em fóruns participativos, mas sempre deverão levar em conta as dimensões da negociação, da informação e da avaliação e monitoramento. Exemplo desses

> últimos seria a criação de Comitês Locais de gestão ou de projetos específicos. (MENDES e FERNANDEZ, 2003, p. 11-2).

Juntos, esses diferentes atores, segundo Fernandez e Mendes, "intervêm na identificação de necessidades e problemas comuns e se unem para desenhar e propor na prática as soluções ou ações, fortalecendo a relação comunidade-instituição e uma gestão participativa" (MENDES e FERNANDEZ, 2003, p. 12).

Quanto à questão da participação e satisfação do cidadão, o artigo de MALIK (1997) ressalta que existem alguns dilemas conceituais a resolver. Quanto à tomada de decisões, a autora faz uma importante indagação:

> Na valorização da participação ou das reivindicações dos cidadãos, em função de suas necessidades sentidas, até que ponto os técnicos e os políticos envolvidos são sensíveis às demandas, por exemplo, de mudanças de localização de sinais de trânsito, instalação de fontes e de praças, fechamento de ruas ou de buracos, aumento de iluminação de ruas, mais segurança ou abertura de escolas e de unidades de saúde? (MALIK, 1997, p.24).

Segundo a autora:

> Observa-se com freqüência no Brasil a existência de conflitos de interesse entre os poderes constituídos e a comunidade em função das prioridades e das necessidades que se pretende atender. Algumas das reivindicações mencionadas precisam de mais recursos que outras, mas o fundamental parece ser uma busca de alianças sobre objetos de interesse comum, a qualidade de vida na cidade na qual se vive. A ideologia das Cidades Saudáveis não deveria ser vista como político-partidária, mas, sim, como um conjunto de idéias em função das quais estes grupos de interesse inicialmente contraditórios se pressionam mutuamente, ajustam seus objetivos e se dispõem a lutar juntos (não um contra o outro, mas a favor das idéias). (MALIK, 1997, p.24).

A participação contribui para o empoderamento e ambos fortalecem os processos democráticos e a sociedade civil.

Para a OPAS (2002), o empoderamento é definido como um processo de ação social que promove a participação das pessoas, organizações e

comunidades para a conquista de maior controle individual e coletivo, maior eficácia política, melhoria da qualidade de vida e justiça social. Segundo a OPAS, existe uma diferença entre empoderamento individual e comunitário. O empoderamento individual diz respeito à capacidade do indivíduo em tomar decisões e ter controle sobre sua vida pessoal. Já o empoderamento comunitário envolve uma variedade de pessoas que atuam coletivamente para adquirir maior influência e controle sobre os determinantes da saúde e da qualidade de vida, constituindo-se em um componente crucial para o trabalho social voltado para melhorar as condições de saúde.

Embora alguns textos da literatura consultada tenham apresentado uma definição de participação social ativa e ampliada, o artigo de WESTPHAL e col. (1998), ao traçarem um panorama das Cidades Saudáveis no Brasil, verificaram que, não obstante a participação social ser considerada um dos elementos de sustentação dos projetos, já que se amplia com o desenvolvimento dos projetos, às vezes, não é aceita verdadeiramente pelos governantes, a não ser em momentos nos quais os mesmos necessitam de legitimação em suas decisões, como acontece com os Conselhos criados e em funcionamento como controle social do SUS – os Conselhos de Saúde.

Para MENDES (2000), os limites e problemas da participação social numa proposta de Cidades/Municípios Saudáveis, muitas vezes "estão relacionados à manutenção da independência e autonomia e ao controle popular numa situação de participação institucionalizada; ao fato de o espaço institucional estar marcado por uma cultura tutelar, clientelista e populista; à existência de estruturas tradicionais e autoritárias; à desigualdade de conhecimentos; às dificuldades de acesso às informações" (p. 47).

ZANCAN (2003) comenta que experiências municipais e locais em andamento ressaltam a importância de algumas "ferramentas" de gestão intersetorial e participativa. São elas:

> 1) Diagnóstico participativo das necessidades e potencialidades locais num processo de democratização da informação e produção de novos conhecimentos/consensos sobre a realidade local.
> 2) Criação de espaços institucionalizados de discussão e pactuação de prioridades e formas de ação integradas e integradoras, a exemplo dos fóruns e conselhos de saúde e de desenvolvimento social.
> 3) Definição de uma agenda de ações com co-responsabilização e convergência de recursos e mecanismos internos de monitoramento e avaliação que subsidie, constantemente, a tomada de decisão e a aferição de resultados visando à sustentabilidade das ações. (Zancan, 2003, p. 51).

Sobre essa questão, BUSS (2000, p.176) também argumenta que "a articulação de políticas públicas municipais saudáveis, a ação intersetorial e a participação comunitária constituem as bases para o processo de estruturação de um município saudável". Segundo o autor, o desafio que ainda persiste é "a identificação das melhores formas de institucionalidade social e de novas dinâmicas de gestão municipal integrada e participativa, que venham a permitir o alcance dos objetivos e metas traçados para o processo" (p. 176).

Intersetorialidade, Políticas Públicas e Eqüidade

A ênfase na intersetorialidade e formulação de políticas públicas articuladas, voltadas para a melhoria das condições de vida da população aparece ao lado da participação social como os principais pressupostos da proposta Cidades/Municípios Saudáveis encontrados nos artigos consultados. É importante ressaltar que a eqüidade, na grande maioria dos estudos analisados é apenas citada e reconhecida como um princípio importante para essa proposta, todavia ela é pouco definida e aprofundada.

Quanto às políticas públicas articuladas e voltadas para o bem-estar e melhoria da qualidade de vida, elas são referidas, na maioria dos artigos, como políticas públicas saudáveis. Para a OPAS (2002), políticas públicas saudáveis são definidas como "aquelas que têm uma grande influência das

condições de saúde da população, tais como: educação, moradia, alimentação, direitos humanos, emprego, saúde mental e desenvolvimento sustentável. Uma política saudável tem preocupação explícita pela saúde e pela eqüidade". Eqüidade que, segundo a OPAS, "corresponde ao reconhecimento e à efetivação, com igualdade, dos direitos da população, sem restringir o acesso por parte dos diversos segmentos sociais, com a mesma qualidade" (OPAS, p. 11).

De acordo com BUSS (2000), no caso das políticas públicas saudáveis existem diversos mecanismos complementares que as materializam, como a legislação, mudanças fiscais, etc. As ações intersetoriais voltadas para a eqüidade em saúde e distribuição mais eqüitativa da renda e das políticas sociais, segundo o autor, também contribuem para a consolidação das políticas públicas saudáveis.

WESTPHAL, em seu artigo escrito em 1997, escreve que os municípios que anseiam integrar o movimento Cidades/Municípios Saudáveis, necessitam que seu Prefeito e seus vereadores, isto é, o poder executivo e legislativo, assumam o compromisso de legislar e adotar políticas públicas capazes de resolver os problemas levantados pela população, "de forma integrada e intersetorial, para que as medidas sejam inter-relacionadas e efetivas" (p. 14).

Assim, segundo a autora, para que a materialização de uma proposta de Cidades/Municípios Saudáveis ocorra, é necessário "um compromisso formal com a adoção de políticas públicas saudáveis que possam ajudar a lidar com as desigualdades e gradativamente ir diminuindo-as" (WESTPHAL, 1997, p. 14).

WESTPHAL e MENDES (2000), a partir da argumentação de que a saúde é produzida socialmente, comentam o quanto os processos de construção de Cidades/Municípios Saudáveis são complexos, e por isso, exigem um

tratamento integrado e sistêmico das questões. Nesse artigo, a intersetorialidade e a integração das esferas públicas com as organizações da sociedade civil ganham destaque.

Segundo as autoras (2000):

> exigem um compromisso das autoridades governamentais com o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis que garantam a melhoria da qualidade de vida da população. A população trata do que há de mais complexo no universo: os assuntos humanos. As políticas públicas saudáveis tratam do que é mais precioso: a vida, o destino, a liberdade dos indivíduos das coletividades e, por conseguinte, da humanidade. O pensamento menos complexo reina nessa esfera, que é a mais complexa de todas. A política requer, vitalmente, um pensamento que possa alcançar o nível da complexidade dos próprios problemas políticos e responder ao desejo de viver da espécie humana (Morin, 1987). (WESTPHAL e MENDES, 2000, p. 53).

Para KEINERT (1997), a proposta de Cidades/Municípios Saudáveis enfatiza fortemente a idéia de um pensamento sistemático e intersetorial que supera a "fragmentação funcional, típica das propostas burocráticas". Assim, segundo Mendes, citado por KEINERT (1997), a saúde diz respeito ao conjunto de políticas públicas, e não apenas à assistência à saúde, mas a vários aspectos a ela relacionados: meio-ambiente, saneamento básico, água, transporte urbano, etc. "A saúde, como qualidade de vida, é colocada como objeto de todos, as políticas públicas, dentre elas as políticas de serviços de saúde" (p. 57).

Para MALIK (1997, p. 26), por mais instigante que seja essa proposta, "não se pode esquecer que não existe uma única estrutura em relação à qual haja um consenso cuja conseqüência sejam ações integradas".

Segundo a autora:

> A intersetorialidade não é automática e frente à prática na qual a maioria dos técnicos se formou, ela é penosa e requer tempo para ser aprendida. Na verdade, é necessário que os envolvidos, os

> diferentes setores do governo e da sociedade como um todo passem por um processo de conscientização tendo em vista a ação integrada. Isto pressupõe, em primeiro lugar, reconhecimento de que existe uma fragmentação, em segundo, que esta fragmentação é possivelmente inadequada, para que depois se inicie a busca de algum esforço integrativo. (Malik, 1997, p. 26).

INOJOSA (1999), em seu artigo, comenta que a construção de uma cidade/município saudável pressupõe:

> além de uma perspectiva solidária, uma pratica intersetorial, de articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de políticas, programas e projetos dirigidos a uma comunidade e a grupos populacionais específicos, num dado espaço geográfico, com o objetivo de atender as suas necessidades e expectativas de forma sinérgica e integrada. (INOJOSA, 1999, p. 1).

Para BUSS (2000), do ponto de vista conceitual, a intersetorialidade:

> procura superar a visão isolada e fragmentada na formulação e implementação de políticas e na organização do setor saúde. Significa adotar uma perspectiva global para a análise da questão saúde, e não somente do setor saúde, incorporando o maior número possível de conhecimentos sobre outras áreas de políticas públicas, como, por exemplo, educação, trabalho e renda, meio ambiente, habitação, transporte, energia, agricultura, etc., assim como sobre o contexto social, econômico, político, geográfico e cultural onde atua a política. (BUSS, 2000, p. 174-5).

Em seu artigo, WESTPHAL e MENDES (2000, p. 55-6) comentam que "construir no interior de um governo a marca *cidade saudável* não é uma questão fácil de ser equacionada, já que, muitas vezes, o adjetivo *saudável* é tido como relacionado apenas à saúde, o que gera dificuldades com outras secretarias de governo" (p. 55). Segundo as autoras, alguns depoimentos "relatam a existência de concorrência entre as diferentes áreas de governo e sugerem que esses projetos dão mais poder ao setor saúde" (p. 55-6) Tal fato, "reafirma, no entanto, a necessidade de que os projetos de cidades saudáveis sejam articulados com outras forças políticas e instâncias de controle social" (p. 56).

Ainda para essas autoras:

> Se o governo assume o compromisso de adotar políticas que tornem a cidade saudável, que promovam a qualidade de vida e o desenvolvimento social e atendam os direitos dos cidadãos, deve rever suas estruturas e assumir uma forma de organização que dê conta da ampla determinação dos problemas ou da multicausalidade dos mesmos – e esta é uma questão extremamente complexa. A mudança da lógica de governar setorialmente para uma lógica intersetorial é praticamente uma exigência deste tipo de projeto e a intersetorialidade tem no campo do fazer significação semelhante à interdisciplinaridade na construção do saber (Mendes, 1996:252). (WESTPHAL e MENDES, 2000, p. 53-4).

Para MENDES e FERNANDEZ (2003):

> As necessidades sociais se apresentam de formas múltiplas que exigem intervenções intersetoriais. Ampliar a capacidade de resposta dos setores diante da magnitude e da complexidade dos problemas da população é o desafio para a gestão social voltada a essas necessidades sociais. A interdependência das políticas setoriais se faz notar quando se atua a partir de territórios específicos, pois ele registra o mesmo espaço, as mesmas pessoas, a mesma realidade em questão. A totalidade do cotidiano vem à tona e exige da ação governamental ações igualmente totalizantes. (MENDES e FERNANDEZ, 2003, p. 14).

Nessa perspectiva, para os autores, a prática intersetorial remete a uma mudança dos "moldes de um trajeto metodológico", que considere uma leitura crítica do território e uma inclusão de diversos atores e um enfrentamento das práticas e saberes fragmentados. Segundo os autores, como "as políticas públicas saudáveis não são exclusivas do aparelho estatal, estas "estão sujeitas a negociações e lutas políticas em diversas arenas e cenários, representando uma redistribuição de direitos e responsabilidades entre Estado e sociedade civil" (MENDES e FERNANDEZ, 2003, p.15).

BIBLIOTECA / CIR
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Sustentabilidade

O tema sustentabilidade, quando presente nos artigos consultados, refere-se à sustentabilidade política dessas iniciativas, o que em outras palavras significa a continuidade do processo de construção de Cidades/Municípios Saudáveis.

A preocupação com a sustentabilidade política ocorre em função da ameaça que as mudanças de administração têm causado para a continuidade desses projetos.

Em função de grande parte desses projetos serem induzidos e apoiados por instituições acadêmicas e organismos internacionais e nacionais do setor saúde, MENDES e col. (2004) fazem um questionamento sobre a sustentabilidade dessas experiências após a saída dessas instituições de apoio:

"Ao mesmo tempo em que esse tipo de assessoria pode ser benéfica para os projetos, é preciso questionar qual sua implicação quanto à sustentabilidade deles, ou seja, é possível a continuidade dos projetos após o afastamento das instituições de apoio externas? Os atores locais sentem-se fortalecidos e suficientemente articulados para isso?" (MENDES e col., 2004, p. 50).

Para a OPAS (2002, p. 13), "lições aprendidas de experiências anteriores mostram que os projetos que foram iniciados e/ou motivados fora da comunidade frequentemente fracassaram na sua sustentabilidade e continuidade no decorrer do tempo". Segundo essa instituição, "após o apoio alcançado na fase inicial, o MCS pode ser prejudicado com as mudanças das autoridades locais".

MENDES e FERNANDEZ (2003) também discutem essa questão. Para eles, frequentemente as iniciativas por cidades saudáveis vêm acompanhadas por uma preocupação com a sustentabilidade do processo, "uma preocupação em saber se ele sobreviverá à transição dos governos que se sucedem periodicamente" (p. 15). Isso não se refere somente a esse tipo de iniciativa, pois, segundo os autores, "as marcas positivas de uma gestão podem também ser uma sombra desta para adversários políticos que a sucedam, sobretudo quando a cultura política aponte para um jogo de 'soma zero', isto é, quem ganha leva tudo" (p.15). Isto pode "ir de uma troca bizarra de nomes de uma dada estrutura de gestão, que apesar disso mantém as mesmas atribuições, e, às vezes, os mesmos problemas, até a interrupção de um serviço público. Da mesma forma, pode atingir uma estratégia de implantação de cidade saudável" (MENDES e FERNANDEZ, 2003,15-6).

Todavia, experiências têm demonstrado que nas comunidades onde a participação social e a organização comunitária são fortes, existe maior disponibilidade para o diálogo e negociação entre as organizações da sociedade civil e as novas autoridades do poder público para a continuidade do processo de construção de uma Cidade/Município Saudável (OPAS, 2002).

Nesse sentido, segundo a OPAS, "a questão chave encontra-se em motivar suficientemente todos os atores da comunidade para que se envolvam e se comprometam em um processo de médio e longo prazos. Há que se considerar que quanto mais pessoas estiverem envolvidas no projeto, mais ele se enriquecerá e será sustentável no tempo" (OPAS, 2002, p. 13).

A OPAS ainda aconselha que, para garantir que um projeto de Cidades/Municípios Saudáveis continue em vigência, independentemente das mudanças administrativas de governo local, é conveniente obter o apoio da Câmara dos Vereadores para respaldar o projeto de forma normativa. Assim, "assegura-se a sustentabilidade do projeto em ações e planos

concretos". Ainda segundo a OPAS, "se existem normas nacionais e/ou estaduais que dão prioridade à promoção da saúde e/ou promovem ações a favor de ambientes saudáveis, é possível criar resoluções municipais coerentes com as normas já vigentes" (OPAS, 2002, p. 13).

Em seu artigo, WESTPHAL (2000), lembra que o fundamento político da sustentabilidade encontra-se estreitamente vinculado ao processo de fortalecimento da democracia e construção da cidadania. Isso, segundo a autora, significa "a incorporação plena dos indivíduos no processo de desenvolvimento, que se resume, no nível micro, à democratização da sociedade civil, e no nível macro, à democratização do Estado" (p. 50).

> Nessa perspectiva é que investir na construção de uma participação social informada e solidária, onde haja clareza sobre as limitações físico orçamentárias da gestão e certeza sobre a co-autoria, ou co-gestão nas experiências ou iniciativas bem sucedidas, se reveste de grande importância. Tão importante quanto desenvolver uma sistemática de leitura do território e necessidades locais ou inovar na busca de ações integradas. Um modelo de gestão dessa natureza diversa e plural pode agregar mais crítica, mais qualidade e pertinência às ações e políticas, o que, por si só, corrobora para a sustentabilidade destas e, também, com essas mesmas características, e envolto pela idéia do compartilhamento de responsabilidade e poder, aproxima-se e vincula-se à política pública, ao mesmo tempo que se afasta da política partidária, onde as ameaças à sustentabilidade se ampliam. (MENDES e FERNANDEZ, 2003, p.16).

Agenda 21 Local: resultados da análise

Panorama da Literatura sobre Agenda 21 Local

Nossa busca procurou abranger livros, periódicos e trabalhos acadêmicos indexados no Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo – DEDALUS, nas bases de dados LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde e CidSaúde sobre literatura em Cidades Saudáveis e no site do Ministério do Meio Ambiente – MMA.

Como não havia descritor específico para essa agenda, foram utilizados os termos livres "agenda 21 local" para a realização da revisão de artigos publicados no período de 1996 a 2006, indexados nas bases de dados Lilacs e CidSaúde sobre Agenda 21 Local.

Para a realização da revisão de artigos sobre Agenda 21 Local indexados na base de dados DEDALUS, utilizou-se a expressão "agenda and 21 and local".

Os artigos obtidos foram analisados em função da mesma tipologia de classificação utilizada para os estudos encontrados sobre Cidades/Municípios Saudáveis. Assim, os artigos foram classificados em:

> - "Texto Geral": abordam o tema município/cidade saudável de uma forma ampla, levando em consideração os aspectos históricos e conceituais, os princípios, diretrizes como estratégia de promoção da saúde, e outros;
> - "Estudo de Caso": focaliza relato de experiência de implementação de projetos específicos sem apresentar estratégias e resultados avaliativos;
> - "Estudo Avaliativo": focaliza relato de experiência de implementação de projetos específicos, com apresentação de estratégias e resultados avaliativos;
> - "Outros": estudos que não se enquadram em nenhuma das alternativas anteriores. (Akerman e col., 2002, p.640).

Dos artigos 6 estudos encontrados na base CidSaúde, que tratam do tema Agenda 21 local, no período de 1996 a 2006, 3 são textos gerais e abordam o contexto histórico em que essa proposta surge, conceitos, princípios e valores e estratégias. Três artigos são Estudos de Casos e Avaliativos.

Na base de dados Lilacs, não foi encontrado nenhum estudo sobre Agenda 21 Local.

Já na base de dados DEDALUS, a procura com o uso dos termos Agenda 21 Local deflagrou 18 estudos, no período de 1996 a 2006: 5 textos gerais,

11 "estudos de casos e avaliativos" e 2 não se enquadram em nenhuma das tipologias anteriores.

Panorama das Agendas 21 Locais no Brasil

No Brasil, o processo de construção de Agendas 21 Locais tem ocorrido desde 1992, em alguns estados e em muitos municípios, assim como em micro-regiões e em bairros de centros urbanos.

Em 2004, o Programa Agenda 21 passou a integrar o Plano Plurianual do Governo Federal (PPA), tornando-se uma das bases para a formulação das políticas públicas estruturais do país no quadriênio 2004/2007 (MMA, 2006).

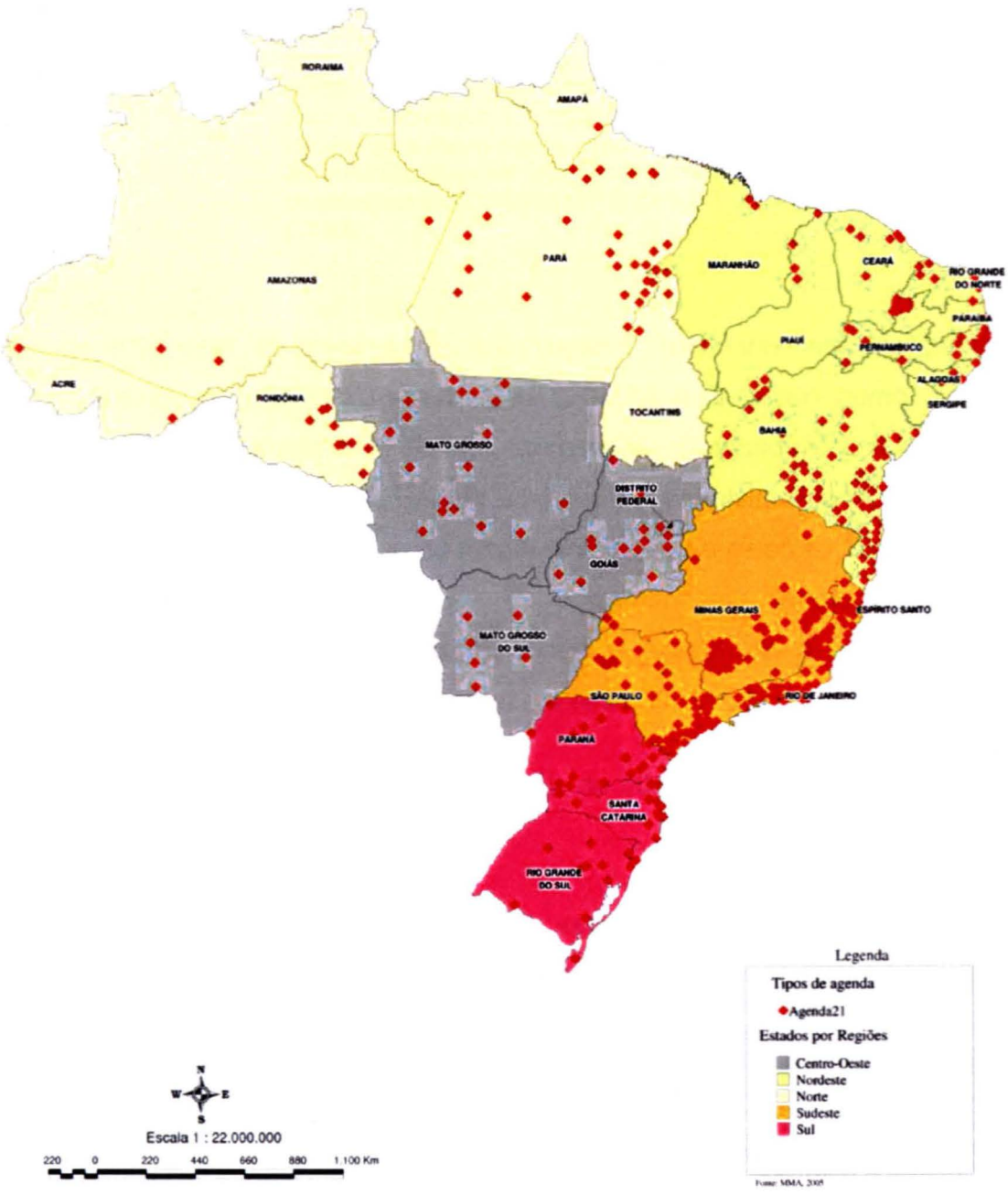
Uma das ações previstas pelo Programa é "promover a elaboração e implementação de Agendas 21 locais com base nos princípios e estratégias da Agenda 21 Brasileira que, em consonância com a Agenda 21 Global, reconhece a importância do nível local na concretização de políticas públicas para o desenvolvimento local sustentável" (MMA, 2006).

De acordo com FONSECA (2006), observam-se atualmente, no Brasil, diversas experiências em curso que se encontram em diferentes estágios, qual seja: o da sensibilização, capacitação e institucionalização dos processos da Agenda 21 Local, elaboração de diagnósticos, formulação de propostas e definição de meios de implementação e o estágio de implementação propriamente dito.

No levantamento realizado pela Coordenação da Agenda 21 do MMA, em 2005, havia deflagrado, até então, 544 iniciativas de Agenda 21 Locais. No anexo 1, encontra-se a relação das comunidades e municípios relacionados com o processo de Agenda 21 Local, de acordo com a consulta realizada pelo Ministério do Meio Ambiente em 2005. O mapa 2, a seguir, apresenta

geograficamente o panorama atual das Agendas 21 Locais no Brasil por regiões administrativas.

Figura 2: Mapa de distribuição das Agendas 21 Locais no Brasil



Fonte: (MMA, 2005a).

Apesar da existência de vários processos de Agenda 21 Local no Brasil, KOHLER e PHILIPPI JR (2005) fazem uma importante constatação. Segundo os autores:

> Um número expressivo de comunidades e governos locais ainda desconhece completamente os compromissos assumidos pelo Brasil nos fóruns internacionais quanto à implantação do desenvolvimento sustentável no país. Tal realidade ficou demonstrada por uma pesquisa feita em 1999 (Ministério do Meio Ambiente, 2000). Ressalta-se que um dos maiores obstáculos para a elaboração das agendas locais continua sendo a falta de informações sobre alguns conceitos básicos e o desconhecimento de metodologias de planejamento voltadas para o modelo de desenvolvimento proposto. (KOHLER e PHILIPPI JR, 2005, p.730).

Desde 2005 está em processo de construção a Rede Brasileira de Agendas 21 Locais. De acordo com o site do MMA (2005b), a Rede terá como objetivo a articulação de instâncias (fóruns, conselhos, comissões, comitês) que desenvolvem processos de Agenda 21 Local, o envolvimento dos diversos setores da sociedade e governos locais, em todas as cinco regiões do país, para promoção do intercâmbio de experiências, fortalecimento da implementação dessas Agendas 21 Locais e o estímulo à construção de novos processos mediante a interação em rede.

Segundo o MMA (2005b), para o alcance de tais objetivos, a Rede deverá, entre outras medidas:

> - Apoiar a articulação de entidades interessadas em apoiar e promover a construção, a implementação e o fortalecimento de Agendas 21 Locais;
> - Facilitar e ampliar a interlocução entre os diferentes atores que trabalham com o tema;
> - Facilitar o acesso a informações relevantes para entidades interessadas ou envolvidas na construção e implementação de Agendas 21 Locais;
> -Propiciar uma cultura de trabalho em rede, levando em conta as particularidades de cada entidade participante. (MMA, 2005b).

Estratégias da Agenda 21 Local

No quadro 7, relacionamos as estratégias adotadas pela agenda 21 Local. A porcentagem do total que considera importante ou desenvolveu a estratégia é o que foi de interesse para a análise.

Quadro 7 – A agenda 21 Local e as estratégias adotadas ou indicadas aos leitores

Princípios e Valores	Número de artigos referidos	%
Políticas públicas intersetoriais	22	64,70
Entornos saudáveis	2	5,88
Fortalecimento da ação comunitária	18	52,94
Aquisição de habilidades pessoais	8	23,52
Reorientação dos Serviços de Saúde	0	0

Fonte: Referências consultadas (n=34).

De acordo com Kranz, citada por JUNQUEIRA (2000):

> A Agenda 21 Local é um processo de definição de políticas públicas locais para o desenvolvimento local sustentável. Para isso, constituem-se parcerias entre autoridades locais e setores da sociedade civil, visando à implantação das políticas. O objetivo é identificar meios apropriados para se caminhar para o futuro desejado, o que implica a conciliação de interesses aparentemente conflitantes de desenvolvimento econômico, proteção ambiental e justiça social. (Kranz, citada por JUNQUEIRA, 2000, p.122).

Em sua dissertação de mestrado, NOVAES (2001) argumenta que a principal característica presente nos processos de construção da Agenda 21 Local é "a perspectiva de valorização da ação local, focada na reflexão e na intervenção cotidiana, onde se vislumbra uma certa materialização do clássico mote ambientalista pensar global e agir local" (p. 147). Entretanto, segundo o autor, "essa relação entre o global e o local, se mostra – no atual

quadro da modernidade globalizada – portadora de uma complexidade que não pode ser desconsiderada, imbricando, de forma dialética, as duas esferas" (p. 147).

Ainda para o autor, as questões apontadas pelas Agendas 21 Locais apresentam em si mesmas concretude espacial e sociopolítica, elementos, segundo Novaes, "comumente ausentes nas genéricas recomendações da Agenda 21 Global" NOVAES (2001, p. 147).

Assim, segundo Malta citado por NOVAES (2001), "sendo genéricas as recomendações da Agenda 21, válidas para qualquer país, em qualquer situação econômica e social, elas perdem a eficácia se comparadas com recomendações específicas, nascidas na luta política que lhes confere densidade social". (Malta, citado por NOVAES, 2001, p. 147).

Para KOHLER e PHILIPPI JR (2005), a Agenda 21 Local é um processo eminentemente participativo, onde os vários setores envolvidos se comprometem a alcançar as metas estabelecidas na Agenda 21 Global, por meio de um plano estratégico a longo prazo, que aborde questões prioritárias do almejado desenvolvimento local.

Sendo assim, os autores citam os procedimentos para a construção de uma Agenda 21 Local, elaborados pelo ICLEI:

> - compromisso dos múltiplos setores no processo de planejamento: por meio de um grupo local de interessados que atuem como coordenador e agente formulador de políticas; tal compromisso permite avançar na proposta de desenvolvimento local a longo prazo;
> - consulta aos integrantes da comunidade: como grupos comunitários, ONGs, empresas, igrejas, órgãos governamentais; grupos profissionais e sindicatos; cria-se então, uma visão compartilhada e são identificadas as propostas de ações efetivas;
> - avaliação participativa na qual devem ser consideradas as necessidades sociais, ambientais e econômicas locais;
> -estabelecimento de metas em conjunto: onde deve ser priorizado um processo de participação, mediante a negociação dos segmentos envolvidos;

> - definição de um procedimento de monitoramento e elaboração de informações, tais como indicadores locais, para acompanhar a evolução do plano de ação de caráter comunitário. (ICLEI, citado por KOHLER e PHILIPPI, 2005, p. 731).

Para KRANZ (2005), os processos de construção da Agenda 21 Local podem contribuir para integrar melhor as questões ambientais no planejamento e gestão das áreas urbanas. Segundo a autora, esses processos combinam o atendimento das necessidades humanas com a boa prática na gestão e uso dos recursos, de acordo com planos de desenvolvimento baseados nas prioridades locais.

Em seu artigo, a autora comenta que os processos de construção da Agenda 21 Local podem ser considerados relevantes por três principais motivos:

> - representam experiências concretas para lidar com os diversos problemas ambientais associados ao desenvolvimento urbano;
> - a maioria é desenvolvida e dirigida localmente e geralmente conta com mais recursos locais do que externos;
> - apóiam a boa governança para o meio ambiente e o desenvolvimento;
> - os casos mais bem-sucedidos estão associados a administradores públicos com forte compromisso com as práticas democráticas, à transparência no uso de recursos e à parceria com ONGs e organizações comunitárias. (KRANZ, 2005, p. 2).

Ainda segundo a autora:

> As Agendas 21 Locais podem colaborar na superação das limitações do planejamento local e da gestão ambiental, especialmente quando cidadãos e ONGs sentem que o processo incentiva sua participação e que suas necessidades estão bem representadas. As Agendas 21 Locais também colaboram com a integração da "agenda marrom" com as preocupações ambientais e o que geralmente se mostra difícil no processo convencional de planejamento. (KRANZ, 2005, p. 2).

Apresentam, porém, três grandes limitações principais:

> - Sua efetividade depende de governos locais efetivos e transparentes;

> - Muitas agendas 21 Locais têm dificuldades de garantir atenção suficiente para as questões ambientais menos óbvias, tais como transferência de custos para outras pessoas e/ou outros ecossistemas, tanto agora como no futuro;
> - Muitas também têm dificuldade de engajar a população menos favorecida, apesar de esta normalmente estar em situação de risco em relação à provisão de serviços como água, saneamento e outros. (KRANZ, 2005, p. 2).

Segundo o Ministério do Meio Ambiente – MMA (2005e), o processo de construção da Agenda 21 Local pode ser impulsionado por um "grupo de pessoas de qualquer segmento da comunidade como, por exemplo, governo local, universidade, organização não governamental" (p.19). O Ministério ressalta que se a iniciativa emergir de um grupo da sociedade civil é fundamental a obtenção do apoio da prefeitura e da câmara de vereadores e demais órgãos regionais para posterior oficialização do processo.

Para BATISTA (2003), a proposta de construção da Agenda 21 no âmbito local, contribui para o fortalecimento da comunidade local, pois, "a partir deste espaço social é possível pensar um planejamento estratégico, adotar processo de construção do desenvolvimento sustentável local e avançar nas resoluções dos graves problemas socioambientais que afetam a sociedade brasileira" (p.19).

De acordo com IADH (2004d), assim como a participação e a articulação, a capacitação para fazer parte de todo o processo de construção e gestão da Agenda 21 Local é outra estratégia de Agenda 21 Local. A capacitação é compreendida "não apenas como um conjunto de eventos e conteúdos, mas como uma qualificação do capital humano, na perspectiva da mudança de comportamento para favorecer as estruturas organizativas da sociedade tanto para a prática social, política e produtiva"(p. 47).

Segundo os autores:

> A capacitação amplia o acesso à informação e reestrutura conhecimento "empoderando" os sujeitos sociais. As ações de

> capacitação devem ser focadas primeiro para a participação e compreensão do próprio processo de construção da Agenda 21 Local, inserindo momento formativos nos eventos de construção da Agenda, sobretudo sobre as temáticas da sustentabilidade ambiental e da organização da gestão social. Outras linhas de capacitação devem ser intercaladas durante a construção, tais como capacitação para o desenvolvimento comunitário junto às associações participantes, para o desenvolvimento institucional de entidades parceiras, e capacitação para o desenvolvimento produtivo voltado para as organizações de produtores e núcleos produtores locais. (IADH, 2004d, p.47).

Assim como há inúmeras iniciativas de Agenda 21 locais em andamento, também existem diversas metodologias para esse processo. Segundo IADH, (2004c), a maioria organiza suas atividades em uma seqüência lógica operacional em torno de grandes etapas denominadas pelos autores como "macroatividades".

Para fins deste estudo, será apresentada a estratégia recomendada pelo Ministério do Meio Ambiente (um dos principais propulsores das Agendas 21 Locais no Brasil) em seu guia *Passo a Passo da Agenda 21 Local*, que apresenta alguns procedimentos básicos para a construção da Agenda 21 Local. O guia estabelece seis passos operacionais:

1° Passo: mobilizar para sensibilizar governo e sociedade;

2° Passo: criar o Fórum da agenda 21 Local;

3° Passo: elaborar o diagnóstico participativo;

4° Passo: elaborar o plano local de desenvolvimento sustentável – publicação da Agenda 21 Local;

5° Passo: implementar o plano local de desenvolvimento sustentável;

6° Passo: monitorar e avaliar o plano local de desenvolvimento sustentável (MMA, 2005e).

Segundo o Ministério do Meio Ambiente – MMA (2005e), a mobilização do governo e da sociedade são ações muito importantes em todo o processo de construção e implementação da Agenda 21 Local. Conforme o Ministério, não existe uma maneira única de construir a agenda. Entretanto, para que

ela se torne um instrumento de mobilização social, é importante que "seus conceitos e pressupostos sejam difundidos junto à comunidade, associação de moradores, movimentos sociais, sindicatos, comunidades escolares, associações patronais, entidades dos setores urbanos e rurais, instituições públicas, etc" (p. 19).

O segundo passo refere-se à criação de um Fórum da Agenda 21 Local. Recomenda-se que na sua composição haja representantes de diferentes setores da sociedade local. O Fórum é compreendido como uma instância representativa da diversidade local, onde seus integrantes são responsáveis pela seleção de temas prioritários e pela mobilização da opinião pública para discussão e formação de um "cenário futuro desejável". Outra recomendação importante é que o Fórum seja oficializado, independente da forma escolhida - decreto, portaria, Lei – A formalização de uma parceria entre governo e sociedade, segundo o MMA (2005e, p. 23), também é muito importante para "garantir as condições políticas e institucionais necessárias para preparar, acompanhar e avaliar o processo de construção e implementação da Agenda 21 local".

Em seguida, o Ministério do Meio Ambiente sugere a elaboração de um diagnóstico participativo que busca o conhecimento e a compreensão da realidade local. Segundo o MMA (2005e), o envolvimento da comunidade na elaboração do diagnóstico participativo e os estudos técnicos com a participação da comunidade para a criação de um diagnóstico que oriente a definição de estratégias de ação rumo à sustentabilidade local, que reflita uso combinado de estudos técnicos e saberes populares na análise da temática local, permitem à comunidade estabelecer indicadores para o acompanhamento do Plano Local de Desenvolvimento Sustentável, o 4º passo indicado.

O Plano Local de Desenvolvimento Sustentável é considerado o principal elemento do processo de construção e implementação da Agenda 21 Local, que deve conter:

> - a visão estratégica da comunidade, incluindo o cenário futuro desejado construído ao longo do processo;
> - objetivos, oportunidades, problemas e prioridades levantados no diagnóstico participativo;
> - metas específicas que devem ser alcançadas;
> - ações concretas e específicas para atingir as metas e, por conseguinte, os objetivos;
> - estratégias e meios de implementação das ações, que incluam os vínculos existentes com o processo de planejamento governamental do município e da região;
> - recomendações, estratégias de revisão do Plano e dos pactos firmados, de forma periódica;
> - indicadores de desenvolvimento sustentável e outros instrumentos de controle social como pesquisas, consultas e campanhas. (MMA, 2005e, p. 33).

Após a conclusão dessa etapa, é elaborada a publicação do documento da Agenda 21 Local. O 5° passo sugerido corresponde à implementação do Plano Local de Desenvolvimento Sustentável, o que significa dar início à execução das ações pactuadas entre governo e sociedade.

E, finalmente, o 6° passo proposto, que corresponde ao monitoramento e avaliação da implementação do Plano Local de Desenvolvimento Sustentável, definido no processo de construção da Agenda 21 local por meio do estabelecimento de indicadores e outros instrumentos de controle social propostos (MMA, 2005e).

De acordo com BATISTA (2003), para efetivar sua implantação, a Agenda 21 Local necessita de um "arranjo político-institucional que garanta um espaço, tanto político como jurídico, capaz de acollher todos os atores sociais interessados no processo" (p.19).

Segundo FONSECA (2006), os principais desafios da Agenda 21 Local consistem "na elaboração de um planejamento voltado para a ação

compartilhada, na construção de propostas pactuadas, voltadas para a elaboração de uma visão de futuro entre os diferentes atores envolvidos; condução de um processo contínuo e sustentável; descentralização e controle social e incorporação de uma visão multidisciplinar em todas as etapas do processo" (FONSECA, 2006).

Em seu artigo, ou autores do IADH (2004c), argumentam que as macroatividades que compõem o processo de construção de uma Agenda 21 Local não são estanques e nem isoladas e, sim, intercomplemetares e, por isso, devem ser compreendidas "mais como subprocessos que se reiniciam do que etapas mecanicamente executadas" (p. 34) Segundo os autores, sua função "além de constituir produtos intermediários – como planos, projetos, planilhas, acordos et,; é propiciar um processo de capacitação que permita a preparação e o envolvimento de atores sociais, institucionais e do mercado no desencadeamento de ações voltadas para o desenvolvimento sustentável" (p. 34-5).

Para os autores, a crítica às metodologias de elaboração da Agenda 21 Local estaria no fato de que a maioria das experiências de Agenda 21 Local dá maior ênfase às etapas de planejamento em si, ou seja, a fase de sua elaboração. Assim, pouca ênfase seria dada à fase da gestão e implementação, o que implicaria na insustentabilidade do processo (IADH, 2004c).

Outra crítica realizada pelos autores diz respeito ao descompasso em relação às dinâmicas reais do território. Assim:

> No ato de planejar, é comum abrirmos asas à imaginação, quando buscamos mudanças que muitas vezes estão fora do alcance dos atores envolvidos, sobretudo no que se refere aos recursos e prazos, levando o grupo a sonhar o ideal sem perceber os caminhos a serem percorridos em seu alcance. Mesmo porque, na maioria dos municípios, a grande parte dos programas/recursos já está definida no plano federal e estadual, restando pouca margem de transformação no curto prazo. A visão compartilhada não pode

> ser nem tão utópica nem ofuscada pela sua realidade. Temos, pois, que vislumbrar o sonho a partir da realidade e do alcance possível, equilibrando expectativas e receios e negociando os avanços possíveis" (IADH, 2004c, p. 38).

Segundo os autores:

> No exercício de sonhar, pensar, trabalhar, construir junto com a comunidade, esta sempre aponta um elenco de opções que, por questões de tempo, recursos, interesses de grupos, capacidades, na maioria das vezes tornam-se difíceis e/ou impossíveis de serem concretizadas nos prazos imaginados. Daí voltamos ao desafio de como identificar e construir um eixo aglutinador mobilizador e estimulador de um razoável número de pessoas, e, sobretudo, que seus resultados tenham efeito multiplicador e retroalimentador do processo. (IADH, 2004c, p. 39).

Agenda 21 Local: abordando princípios e valores

No quadro abaixo verificam-se os princípios e valores indicados ou adotados pela Agenda 21 Local:

Quadro 8 - A Agenda 21 Local e os princípios e valores verificados na literatura consultada

Princípios e Valores	Número de artigos referidos	%
Participação Social	32	94,11
Sustentabilidade	31	91,17
Intersetorialidade	21	61,76
Eqüidade	9	26,47
Democracia	8	23,52
Justiça Social	13	38,23
Diversidade	5	14,70
Solidariedade	5	14,70
Empoderamento	4	11,76

Fonte: Referências consultadas (n=34).

Apesar de termos encontrado muitas referências a esses princípios e valores, não há análises consistentes sobre o significado da maioria deles. Nesse sentido, trouxemos para o texto somente observações sobre princípios e valores que fizessem algum sentido para a análise. Em muitos textos, a menção ao respeito à eqüidade, diversidade, à solidariedade, à justiça social, por exemplo, não foram objeto de discussão da grande maioria dos autores dos textos selecionados.

Democracia, participação social e empoderamento

O caráter participativo da Agenda 21 também foi bastante evocado, sendo encontrado em 94,11% dos textos consultados.

De acordo com o artigo de BATISTA (2003, p. 17), "a Agenda 21 Brasileira representa um avanço importante no planejamento do desenvolvimento, uma vez que ela busca "compatibilizar o desenvolvimento com crescimento econômico, o equilíbrio ambiental e justiça social, além de, pela primeira vez na história republicana ter realizado um processo de consulta à sociedade sobre os rumos do desenvolvimento".

O autor destaca que:

> A Agenda 21 é um instrumento de planejamento para a sustentabilidade, democrático e participativo, que tem como ponto central a inclusão do conjunto da sociedade na sua construção e controle da implementação. Ou seja, a construção da Agenda 21 deve ser temperada pelo debate entre os vários segmentos da sociedade, advindo da lógica direta dos processos sociais concretos. Trata-se, portanto, de assimilar contribuições dos atores sociais, buscando identificar os consensos e os dissensos, implementando ações acordadas entre os diferentes grupos, mas entendendo, sempre, que numa sociedade de classes o conflito é um elemento inerente e dinâmico dos processos sociais e que é a partir dele que poderemos chegar aos consensos necessários. Vale na Agenda 21 a máxima da unidade na adversidade. (BATISTA, 2003, p. 18).

De acordo com NOVAES (2003):

> A Agenda 21 não é apenas um documento. Nem é um receituário mágico, com fórmulas para resolver todos os problemas ambientais e sociais. É um processo de participação em que a sociedade, os governos, os setores econômicos e sociais sentam-se à mesa para diagnosticar os problemas, entender os conflitos envolvidos e pactuar formas de resolvê-los, de modo a construir o que tem sido chamado de sustentabilidade ampliada e progressiva. (NOVAES, 2003, p.6).

Segundo BORN (2003), "dado ao seu caráter participativo, a agenda 21 tem o efeito de potencial de promover a sensibilização de atores sociais, mobilizando-os para a cidadania, isto é, para a atuação na discussão, formação, gestão e monitoramento das políticas" (p.24). Nesse sentido, o autor acrescenta que tanto a Agenda 21 nacional como a local podem contribuir "para sensibilizar a população e suas lideranças quanto aos desafios da construção de sociedades plurais, justas e ambientalmente sadias, contribuindo para fortalecer as responsabilidades individual e corporativa, sinais de cidadania planetária e assentadas na base das diversidades biológica, étnica, racial e religiosa, etc" (p.24).

Para BATISTA (2003), a Agenda 21 Local é "um importante instrumento participativo, integrador de políticas públicas, que permite organizar, planejar, pactuar ações rumo a uma nova sociedade que seja sustentável, sobretudo, nas dimensões ambiental, social e econômica".

De acordo com o autor, outra característica da Agenda 21 Local, que merece ser destacada, é sua natureza democrática. De acordo com BATISTA (2003, p. 19), "ela é um instrumento fundamental de democracia participativa na medida em que incorpora o cidadão e a cidadã no processo de elaboração, implementação e controle do planejamento e, também, de cidadania ativa, já que as pessoas exercem plenamente sua ação política no dia-a-dia e não apenas nos processos eleitorais".

Para o MMA (2005e), a Agenda 21 local é um processo participativo que contribui para a elaboração e implementação de políticas públicas locais, orientadas para o desenvolvimento local sustentável. De acordo com o Ministério do Meio Ambiente, um processo de Agenda 21 local não é de responsabilidade apenas das autoridades locais, mas de organizações e indivíduos que devem reconhecer que este processo requer esforços contínuos não só no momento da sua implantação como também nas decisões tomadas posteriormente para garantir sua continuidade.

De acordo com o IADH (2004d, p. 43), "o protagonismo e o 'empoderamento' dos atores sociais são apresentados e exercitados por diversos instrumentos e meios". Entre eles os autores destacam a participação "como forma de sustentação democrática do processo de gestão social" (p. 43).

Segundo os autores, a participação "não é um ato passivo comumente confundido com o ato de estar presente, ser consultado ou concordar". Ela diz respeito ao "poder de contribuir e influir com propostas de mudanças e, principalmente, de integrar instâncias de tomada de decisões" (IADH, 2004d, p. 43).

Ainda segundo os autores:

> É preciso entender o fato de que a sociedade está cheia de contradições, entre as quais, a existência de grupos dominantes e de grupos dominados. Os primeiros criam mecanismos para defender seus interesses e para fazer crer que seus interesses e propostas são os mais importantes e que interessam a toda a sociedade/comunidade. Daí a importância da participação de todos nas decisões que envolvem levantamentos de necessidades e dos interesses da coletividade, para que seja levado em conta o poder da maioria. (IADH, 2004d, p. 43).

Para NOVAES (2001), um processo de construção de uma Agenda 21 Local pode se constituir, quando bem conduzido, em um instrumento adequado de planejamento participativo. Segundo o autor, ele pode estimular que a comunidade, em conjunto com o poder público, reflita sobre suas

dificuldades, identificando prioridades e movimentando, assim, forças capazes de transformar seu cotidiano. Novaes salienta, contudo, que existem tantas outras experiências, "formalmente nomeadas como Agenda 21 Local que podem significar um mero exercício de demagogia, representando assim, pouco ou nenhum avanço em termos de inovação em políticas públicas" (p.167). Entretanto, ainda segundo o autor, essas experiências, quando focadas no âmbito local, possibilitam um campo fértil para a reflexão sobre a realidade.

De acordo com IADH (2004d), o objetivo maior de um processo participativo "é conquistar espaços de controle social por parte da sociedade civil, na forma de co-gestão representativa e legitimada, tendo claros os papéis e responsabilidades do Estado e da sociedade civil" (p.44).

Para os autores:

"A participação no processo de desenvolvimento em todas as suas dimensões é o desafio enfrentado por todos os programas, projetos e ações nas diversas esferas institucionais, voltados para a construção de estratégias inovadoras e opções na perspectiva da sustentabilidade. Este é um dos desafios que está colocado para a Agenda 21" (IADH, 2004d, p.44).

Intersetorialidade, Políticas Públicas, Eqüidade Solidariedade e Justiça Social

De acordo com o MMA (2003a), a Agenda 21 Brasileira sugere que a dimensão ambiental deve ser incorporada às políticas setoriais urbanas (habitação, abastecimento, saneamento, gestão do espaço urbano, entre outras), utilizando critérios e indicadores socioambientais de melhoria da qualidade de vida, necessariamente atrelados a processos de validação social local. Neste contexto, cabe aos gestores do território a tarefa de

reorganização do sistema de gestão em busca de uma horizontalização das instâncias de decisão.

Assim,

> A Agenda 21 brasileira também propõe, entre outras coisas, a retomada do planejamento estratégico participativo e multissetorial, a partir de uma construção coletiva. Desta forma, a gestão urbana se operacionaliza por intermédio dos planos diretores e similares com uma visão integradora entre o meio rural e urbano, permitindo validar o município como espaço dinâmico e interdependente, tendo como referência analítica outros arranjos espaciais e sociofuncionais como comitês de bacias, consórcios municipais, etc. nos seus pressupostos de sustentabilidade. Outros fatores relevantes a esta construção são as necessárias inclusões dos custos ambientais e sociais dos projetos de infra-estrutura, a promoção de mudança de comportamento do individual para o coletivo e a internalização de novos hábitos de consumo mais saudáveis, o uso do espaço urbano evitando o desperdício, entre outras formas de consumo urbano. (MMA, 2003a, p. 5).

Assim, ela propõe o fortalecimento dos governos locais e seu envolvimento neste esforço, por meio da construção de parcerias entre autoridades locais e outros setores, e a ampliação de processos participativos, e das ações multissetoriais para a busca de um planejamento que leve em consideração os aspectos socioeconômicos, aliados à preservação ambiental e à qualidade de vida (JUNQUEIRA, 2000).

Na opinião de MOCHEL e LIMA (2002, p. 176), a Agenda 21 Local "é mais do que um projeto ou programa a ser implantado", ela corresponde a "uma ferramenta de reconstrução de hábitos e atitudes, de reformulação dos conceitos e indicadores de desenvolvimento, para uma sociedade mais solidária e mais comprometida com o meio ambiente local e global".

FONSECA (2003) comenta que o fortalecimento da gestão local, a pesquisa, a formulação, sistematização e divulgação de informações, bons planos de ações integradas e participativas e a solidariedade fazem parte do processo de Agenda 21 Local. Para o autor, esse processo significa uma tomada de

consciência por parte de todos os indivíduos sobre o papel ambiental, econômico, social e cultural e político que desempenham em sua comunidade.

Sustentabilidade

Dentre os princípios analisados, a sustentabilidade foi um dos mais destacados na literatura sobre Agenda 21 Local consultada. A ênfase à sustentabilidade se justifica pelo fato de que a Agenda 21 Global foi concebida como um plano de ação estratégico para o desenvolvimento sustentável, uma vez que o documento foi assinado durante a Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento a CNUMAD, realizada no Rio de Janeiro, em 1992.

De acordo com FONSECA (2003):

> Sustentabilidade, desenvolvimento sustentável, Agenda 21 são conceitos, propostas que se firmaram na Rio 92, traduzindo o desejo de mudança de paradigma, a busca de um estilo de desenvolvimento que não fosse socialmente injusto e danoso ao meio ambiente. Significam, portanto, desenvolvimento social e crescimento econômico estável, equilibrado, com mecanismos de distribuição justa das riquezas geradas, bem como capazes de levar em consideração a fragilidade, a interdependência e as escalas de tempo próprias e especificas dos elementos naturais. (FONSECA, 2003, p. 13).

Na literatura consultada sobre Agenda 21, diversos autores salientam que o ideário da sustentabilidade tem sido rediscutido e ampliado. Constata-se que após a Eco 92, emergiu um diálogo entre a Agenda para o desenvolvimento sustentável e as agendas sociais (de combate à exclusão e pobreza) e de direitos humanos que fez emergir noções-chave para a Agenda 21, como a "sustentabilidade ampliada" e "sociedades sustentáveis" (CONSÓRCIO PARCERIA 21, 2000; NOVAES, 2001; CAMARGO, 2006).

Quanto ao uso da terminologia *sociedades sustentáveis* em alguns estudos da literatura consultada sobre agenda 21 Local, NOVAES (2001) esclarece que:

> A noção de "Sociedades Sustentáveis" foi elaborada como questionamento à perspectiva homogeneizante do ideário desenvolvimentista. Tal idéia, formulada por setores do movimento ambientalista, teve seu ápice no Fórum Internacional de ONGs e Movimentos Sociais, evento paralelo à Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e Desenvolvimento CNUMAD/92, no Rio de Janeiro, em julho de 1992. Sua utilização teve relevância como instrumento de valorização da sociodiversidade como elemento fundamental à sustentabilidade. (NOVAES, 2001, p. 51).

De acordo com o autor, o uso das expressões 'sociedades sustentáveis' e 'sustentabilidade ampliada' aponta para "concepções mais progressistas e críticas", segundo as quais "a formulação destas 'novas sustentabilidades' introduz no debate elementos vitais para o enfrentamento dos dilemas socioeconômicos no contexto da modernidade, perante a globalização da economia e da mundialização da cultura" (NOVAES, 2001, p. 20). Para ele, a noção de sustentabilidade ampliada estaria também referenciada a outros conceitos "entre os quais o da democracia, participação, eqüidade, eficiência, cidadania, autonomia, descentralização e pertencimento" (p. 20).

Ainda de acordo com o autor:

> O ideário presente tanto no Relatório Brundtland, quanto na Agenda 21, representa um projeto específico de sustentabilidade formulado através de um processo de coalizão envolvendo forças econômicas, políticas e sociais hegemônicas, as quais têm, por sua vez, como objetivo, a manutenção das condições para a sua própria sustentabilidade. Entretanto, num contexto dialético, forças sociais antagônicas a este projeto re-apropriam boa parte das idéias contidas nestes documentos - principalmente a Agenda 21 - utilizando o próprio potencial mobilizador destas idéias como estratégia de crítica ao atual modelo de desenvolvimento. Assim, a idéia de desenvolvimento sustentável é ampliada e, ao lado das preocupações ambientais e econômicas, novas dimensões ganham destaque. (NOVAES, 2001, p.41).

Segundo CAMARGO (2006), embora o Brasil tenha a Agenda 21 global como 'inspiração', a Agenda 21 Brasileira foi construída segundo os interesses e as prioridades brasileiras. Conforme a autora, "A Agenda 21 brasileira consagrou o conceito de *sustentabilidade ampliada* que preconiza a idéia da sustentabilidade permeando todas as dimensões da vida social: a econômica, a social, a espacial, a científica e tecnológica, a política e a cultural" (p. 1).

Para Crespo, citada por NOVAES (2001) a introdução da noção de sustentabilidade ampliada é apontada como um enriquecimento no debate, pois ao em vez de discutir um novo modelo de desenvolvimento (no caso o desenvolvimento sustentável), passa-se a discutir um 'novo processo'.

> Este conceito (de Sustentabilidade Ampliada) está consagrado recentemente no relatório nacional enviado pelo Ministério do Meio Ambiente e pelo Ministério das Relações Exteriores à assembléia especial da ONU, em junho de 1997, quando se fez a avaliação da implementação da Agenda 21 no mundo e a dos compromissos da Rio 92. Este foi conceito que o governo brasileiro utilizou. Sustentabilidade Ampliada quer dizer que não haverá sustentabilidade ambiental sem sustentabilidade social, cultural, econômica etc. Ou seja, ou se trabalham todos os níveis ao mesmo tempo, ou não se terá um desenvolvimento sustentável. É interessante a evolução deste conceito, que deixa de ser um nome de um novo modelo para ser o nome do novo processo. (Crespo, citada por NOVAES, 2001, p. 52).

O conceito de sustentabilidade ampliada, em outras palavras, realiza o encontro político necessário entre a agenda estritamente ambiental e a agenda social, ao enunciar a indissociabilidade entre os fatores sociais e ambientais e a necessidade de que a degradação do meio ambiente seja enfrentada juntamente com o problema mundial da pobreza. (CONSÓRCIO PARCERIA 21, 2000).

Segundo CAMARGO (2006), outro conceito importante introduzido na Agenda 21 Brasileira foi o da *sustentabilidade progressiva* que, conforme as palavras da autora, "significa que não devemos aguçar os conflitos a ponto

de torná-los inegociáveis, e, sim, fragmentá-los em fatias menos indigestas, tornando-os mais palatáveis no tempo e no espaço" (p. 1).

Para BORN (2003, p.31), a Agenda 21 brasileira deve ser compreendida como "uma possível agenda de transformações. Isso significa ir além das ações exemplares, dos projetos fragmentados, para poder gerar progressivamente a "cultura" e as políticas nacionais integradas da sustentabilidade".

Segundo o autor:

> Tendo em vista a referência conceitual adotada, a da sustentabilidade multidimensional e de gradativa consecução, a Agenda 21 brasileira incorporou propostas que revelam a interdependência das várias dimensões; a necessidade de operacionalizar instrumentos e políticas, que, a partir do atual padrão de desenvolvimento, possam propiciar as transformações e critérios e práticas econômicas, sociais, culturais, de governo e de governança da sociedade. (BORN, 2003, p.29).

Nesse sentido, o autor faz uma importante indagação:

> Como promover a construção da sustentabilidade em todas as dimensões, se persistem, ainda, os valores que se contrapõem à conservação ambiental e aos princípios reguladores da economia, que não consideram, por exemplo, a eficiência ecológica no uso de recursos naturais? Como implementar as estratégias e as ações propostas, se a maioria das lideranças políticas partidárias, empresariais e da sociedade desconhece ou revela insensibilidade quanto aos pressupostos e objetivos do desenvolvimento ambientalmente sustentável? (BORN, 2003, p.29).

Conforme as palavras de NOVAES (2001, p. 54), "face à emergência destes projetos de 'novas sustentabilidades', as formas de gestão política ganham também outras perspectivas. Fica vinculada à construção da sustentabilidade uma urgente e profunda democratização do Estado, baseada na participação popular, na consolidação de uma cidadania ativa e na descentralização administrativa e política".

Paehkle, citado por NOVAES (2001, p. 54), aponta a democracia como um 'valor-chave' e "prioritário para a sustentabilidade". Para o autor, as estratégias voltadas para a "proteção ambiental exigem mudanças comportamentais, as quais se desenvolvem com toda a potencialidade no jogo democrático, haja vista que tais mudanças são muito mais fruto de estímulo, encorajamento, sensibilização, do que de pressão de um Estado autoritário" (p. 54).

Nesse contexto, ainda segundo NOVAES (2001), 'a esfera "local' tem sido apontada como o território privilegiado para a experimentação e construção da sustentabilidade ampliada. Para ele, a dimensão local, compreendida como "uma forma de espacialidade específica e diferente da mundial e regional", pode "oferecer maior concretude ao discurso da sustentabilidade justamente por tentar dotá-lo de uma referência espacial" (p. 64).

A questão da sustentabilidade relacionada ao processo também aparece em alguns estudos consultados.

Para Jara, citado por IADH (2004b), o caminho da sustentabilidade pode não ser favorecido em razão da existência, na maioria dos municípios brasileiros, de um modelo de gestão dominante e tradicional, no qual as políticas operam de forma patrimonialista na condução da coisa pública, mediante o clientelismo com pouca transparência, sem abrir espaço para que os excluídos possam ser representados.

Segundo IADH (2004b), no âmbito local, devem ser procurarados resultados qualitativos relacionados com as mudanças de valores, que poderão ser materializados de acordo com as características e a intensidade com que eles se manifestam negativamente no território e são percebidos pelas comunidades locais.

Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável - DLIS: resultados da análise

Panorama da Literatura sobre Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável - DLIS

A busca bibliográfica procurou abranger livros, periódicos e trabalhos acadêmicos indexados no Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo – DEDALUS, nas bases de dados LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde e CidSaúde sobre literatura em Cidades Saudáveis e na Rede de DLIS.

Como não havia descritor específico para essa agenda, foram utilizados os termos livres "DLIS" e "desenvolvimento local integrado e sustentável" para a realização da revisão de artigos publicados no período de 1996 a 2006, indexados nas bases de dados Lilacs e CidSaúde sobre o tema em estudo.

Para a realização da revisão de artigos sobre desenvolvimento local integrado e sustentável indexados na base de dados DEDALUS foram utilizadas as expressões "desenvolvimento and local and integrado and sustentavel" e "DLIS".

Os artigos obtidos foram analisados em função da mesma tipologia de classificação utilizada para classificar os estudos encontrados sobre Cidades/Municípios Saudáveis. Assim, os artigos foram classificados em:

- "Texto Geral": abordam o tema DLIS de uma forma ampla, levando em consideração os aspectos históricos e conceituais, os princípios, diretrizes como estratégia de promoção da saúde e outros;
- "Estudo de Caso": focaliza relato de experiência de implementação de projetos específicos sem apresentar estratégias e resultados avaliativos;
- "Estudo Avaliativo": focaliza relato de experiência de implementação de projetos específicos, com apresentação de estratégias e resultados avaliativos;

> - "Outros": estudos que não se enquadram em nenhuma das alternativas anteriores. (Akerman et al., 2002).

Foram encontrados três artigos na base CidSaúde, que tratam do tema desenvolvimento local integrado e sustentável. Um deles é sobre o Programa Comunidade Ativa e aborda o contexto histórico em que essa proposta surge, conceitos, princípios valores e estratégias. Dois artigos são estudos de casos e avaliativos.

Na base de dados Lilacs foram encontrados 2 artigos classificados como "estudos de casos e avaliativos".

Já na base de dados DEDALUS, a procura com a utilização dos termos "desenvolvimento and local and integrado and sustentavel" deflagrou 2 estudos, que correspondem a "estudos de caso e avaliativos".

No site da Rede DLIS foram encontrados 51 textos: 14 "textos gerais", 3 "estudos de casos e avaliativos" e 31 não se enquadram nas tipologias adotadas.

Panorama das agendas de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável - DLIS no Brasil

Assim, segundo o autor, o fluxo de implantação da Comunidade Ativa baseado na estratégia do DLIS, seguia a metodologia: (1) a mobilização e capacitação de lideranças locais com a finalidade de que os mesmos participassem de um processo (2) de elaboração do diagnóstico dos problemas locais e dos obstáculos a serem vencidos e (3)da identificação das vocações da localidade. Com base nesse conhecimento, a expectativa era de que fosse elaborado, também participativamente, (4) um plano de desenvolvimento local com prioridades e uma agenda local definida. Ainda,

com base nessa agenda, esperava-se que fosse organizado (5) um fórum de discussão e negociação, com participação de representantes de diversos setores sociais, para que fosse feito um balanço entre a oferta dos programas (federais, estaduais e municipais) e a demanda do município. A etapa seguinte (6) era constituída por um acordo denominado Pacto de Desenvolvimento Local assinado pelos parceiros, com um cronograma que defina os prazos para cumprir ações pré-estabelecidas.

A Comunidade Ativa iniciou sua implantação em projeto piloto que contou com a participação de 157 municípios brasileiros em 1999. No final de 2001, realizou-se a expansão do Programa Comunidade Ativa, que passou a ter 696 municípios participantes. Os 157 primeiros municípios que participaram do projeto piloto passaram por uma nova capacitação.

O DLIS e o Projeto Comunidade que Faz

Em 2002, foi criado, pela Agência de Educação para o Desenvolvimento – AED, o Projeto Comunidade que Faz, que envia aos municípios um Agente de Desenvolvimento com o objetivo de fomentar o Fórum de DLIS a ganhar mais autonomia. O agente da Comunidade que Faz tinha como função contribuir para facilitação das ações locais e estimular a criação de Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) para que o Fórum ganhasse autonomia. Até o fim de 2002, 695 municípios faziam parte do Programa Comunidade Ativa.

Outras iniciativas em curso

O Programa Sebrae de Desenvolvimento Local, de acordo com SILVEIRA (2001), foi concebido "para atuar como vetor de sustentabilidade econômica no apoio a programas de promoção do desenvolvimento local integrado e

sustentável, abrangendo municípios com ações da Comunidade Ativa e outros programas" (p. 34). Segundo o autor, "seu foco explícito é a criação de ambientes favoráveis ao surgimento de novos empreendimentos, com potencial de gerar ocupações produtivas, renda e riqueza para a população de localidades com baixos índices de desenvolvimento" (p. 35).

Somam-se a essas experiências as iniciativas de desenvolvimento local integrado e sustentável com foco na promoção da saúde. Um exemplo de DLIS nesta perspectiva é o programa de desenvolvimento integrado e sustentável do complexo de Manguinhos (DLIS/Manguinhos), no Rio de Janeiro, que estruturou-se por iniciativa da Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ em articulação com as comunidades locais e um conjunto de entidades parceiras (BUSS, 2000).

O Centro de Promoção da Saúde - CEDAPS, sediado no Rio de Janeiro, também tem sido articulador de experiências que se inscrevem no campo do Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável. O CEDAPS atua no município do Rio de Janeiro, nos bairros de Santa Cruz e Vila Paciência; na Baixada Santista e também como o principal articulador da Rede de Comunidades Saudáveis do Estado do Rio de Janeiro, que foi criada em 2005 e que congrega 80 promotores comunitários de saúde.

A atuação do Fórum Nacional de Apoio ao Desenvolvimento Local, entre 1997 e 1999 culminou na proposta de formação da Rede Dlis (Rede de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável), constituída em 2000, a partir de uma parceria entre a Casa Civil da Presidência da República e RITS - Rede de Informações para o Terceiro Setor (SILVEIRA e REIS, 2001).

A Rede DLIS também é responsável pela promoção do evento EXPO BRASIL Desenvolvimento Local, que tem como finalidade impulsionar as iniciativas de desenvolvimento local no país e que reuniu no primeiro

encontro, realizado em Brasília, em 2002, cerca de 1.500 participantes (entre os quais agentes locais, especialistas e interessados no tema (FRANCO, 2004).

Ainda segundo FRANCO (2004):

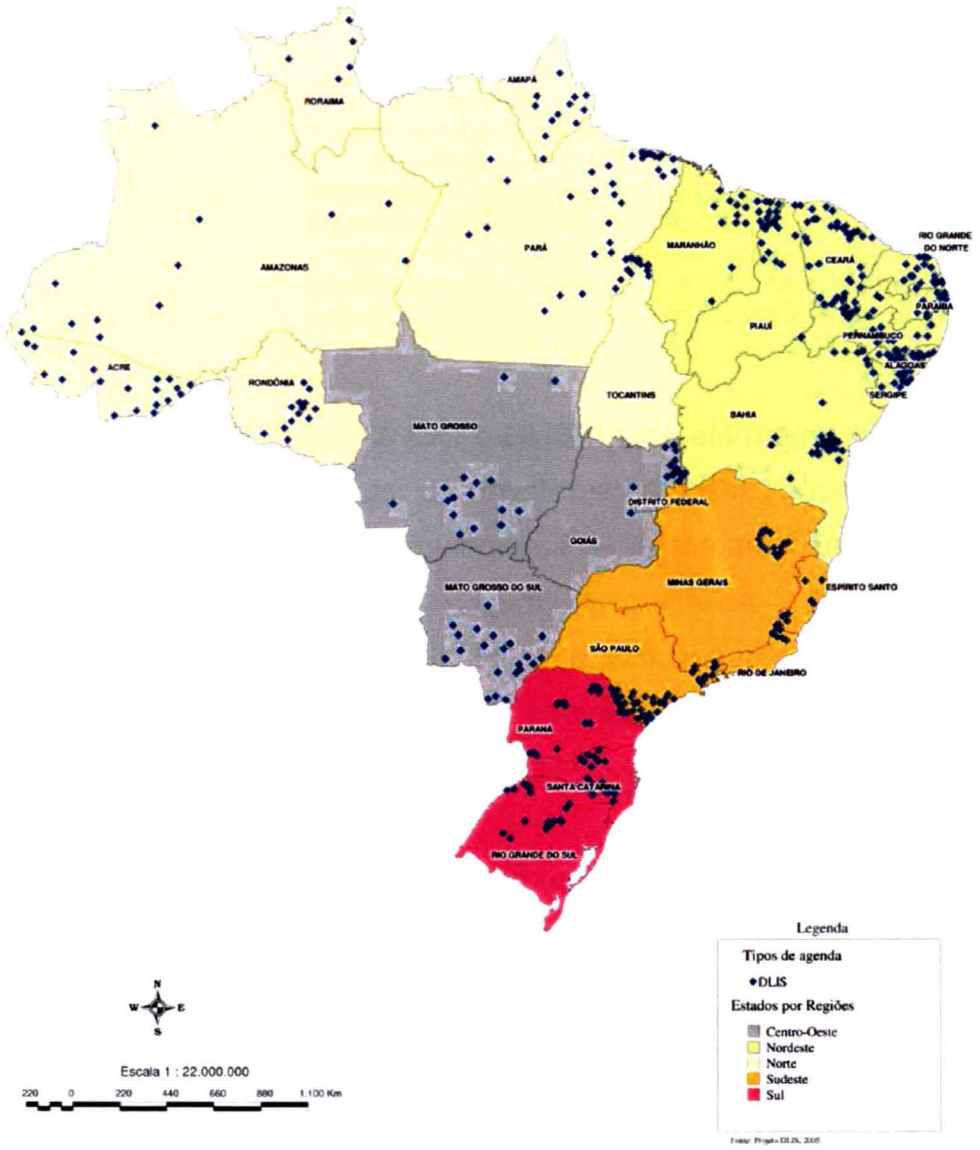
> Os participantes de DLIS começaram a assumir para valer a paternidade dos processos de desenvolvimento que estavam experimentando em suas localidades. Começaram a fazer suas próprias camisetas e distintivos, a inventar novos passos metodológicos e novas ações, a preparar seus próprios materiais de divulgação, seus boletins e material promocional e a organizar suas próprias caravanas, missões e exposições de produtos em eventos locais, regionais e estaduais. A EXPO serviu como um grande mostruário de tudo isso. (FRANCO, 2004, p. 4).

Posteriormente, segundo o autor, o evento II EXPO BRASIL de Desenvolvimento Local, realizado em 2003, contou com a participação de aproximadamente 2.500 participantes.

De acordo com FRANCO (2004), como os processos de indução de DLIS tornaram-se bastante descentralizados, não se sabe ao certo, em números exatos, quantas são as localidades que estão atualmente em processo de construção de agendas de DLIS ou que adotam metodologias semelhantes.

O mapa 3, a seguir, apresenta geograficamente as primeiras 792 localidades onde a metodologia de DLIS foi aplicada até o final de 2001 pelo Programa Comunidade Ativa.

Figura 3: Mapa de distribuição das agendas de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável até 2001.



Fonte: Comunidade Solidária, 2001.

Conceitos de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável - DLIS

Segundo Augusto Franco, um dos principais teóricos e propulsores dessa proposta, o DLIS pode ser compreendido como:

> uma estratégia de promoção de desenvolvimento de unidades socioterritoriais delimitadas por meio de um conjunto de práticas de diagnóstico e planejamento participativos, baseadas na identificação das potencialidades locais, na conformação de uma demanda pública da localidade e na oferta articulada e convergente de programas e ações governamentais e não governamentais voltadas para a dinamização dessas potencialidades por meio do atendimento a tal demanda. (FRANCO, 2000, p.54).

De acordo com PAULA (2002), o DLIS é uma estratégia de mobilização da comunidade em favor do desenvolvimento local. Desenvolvimento local compreendido pelo auto como "o processo de tornar dinâmicas as vantagens comparativas e competitivas de uma determinada localidade, de modo a favorecer o crescimento econômico e simultaneamente elevar o capital humano, o capital social e o capital empresarial, bem como conquistar o uso sustentável do capital natural" (p. 17).

Para FRANCO (2000), o DLIS não é uma estratégia somente econômica.

> Ele é, também, um campo de experimentação para novas práticas políticas (construção de novos espaços ético-políticos, de novas institucionalidades participativas e novos modelos de gestão de políticas públicas, governamentais e não-governamentais), novas práticas sociais (implementação de estratégias inovadoras de desenvolvimento social baseadas na parceria Estado-sociedade e celebração de pactos sociais) e novas práticas de desenvolvimento (aplicação de novos softwares socioprodutivos baseados em novos "contratos naturais", experimentação de novos padrões de produção e de consumo). Nesse caso, poder-se-ia dizer que a sustentabilidade é, de certo modo, a resultante de uma combinação dessas práticas. (FRANCO, 2000, p.39).

Para ZANCAN e ADESSE (2004), estudiosas do campo de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável com foco na promoção da saúde (DLIS/PS), a proposta de DLIS "assume que qualquer plano de promoção de

desenvolvimento social deve incluir políticas e ações capazes de englobar crescimento econômico e redução das desigualdades sociais e da pobreza" (p. 741).

Assim, para as autoras:

> O DLIS é um processo social em que o crescimento econômico é acompanhado por distribuição de riqueza e melhora na qualidade de vida, em uma determinada comunidade. Isto pode ser medido principalmente através do acesso da população aos recursos de saúde, educação, infra-estrutura assim como maior envolvimento das comunidades nas decisões para alcance de melhores condições de vida. (ZANCAN e ADESSE, 2004, p. 741).

De acordo com o artigo de BODSTEIN e col. (2004), programas como os de DLIS, com foco na promoção da saúde, têm como efeito indireto a superação de propostas meramente assistencialistas e práticas políticas tradicionais que tendem a aprofundar as relações de dependência e de subordinação da população beneficiada.

Outra questão que remete à essa complexidade, segundo os autores, é o contexto onde esses projetos estão inseridos, que define não só as condições para a sua implantação, mas, fundamentalmente, as propostas de mudanças a serem produzidas. Segundo os autores, uma questão central em torno da complexidade do contexto, sobretudo em áreas metropolitanas, diz respeito "às carências sociais básicas e os níveis crescentes de violência que vêm desafiando as diversas administrações públicas, gerando um círculo vicioso e persistente de exclusão social" (BODSTEIN e col., 2004, p. 595).

De acordo com SILVEIRA (2001b):

> O "campo DLIS", na sua expressão institucional hoje no Brasil, é predominantemente um complexo de métodos e fundamentos

> voltados para o desencadeamento de processos: as metodologias se definem como de "indução" ou "apoio". Na própria intencionalidade que as caracteriza, sua implementação não é "em si" o desenvolvimento local, mas um fator impulsionador, um fator visto como necessário. Outros fatores decisivos seriam os elementos endógenos, as forças sociais possíveis de emergir, ao gerar novos vínculos e caminhos desde as bases locais (SILVEIRA, 2001b p. 38).

De acordo com o Grupo de trabalho de Promoção da Saúde e DLIS da ABRASCO:

> A noção de DLIS impõe uma revisão na forma de se pensar o papel do Estado. Este papel permanece fundamental no sentido de garantir a promoção do desenvolvimento, mas sob um formato descentralizado, desconcentrado e participativo. Isto remete à forma de constituição e articulação do poder local no país, onde descentralização tem significado prefeiturização, com concentração do poder nas mãos do executivo municipal, sobretudo dos prefeitos. Já os estados, também historicamente marcados por seu caráter patrimonialista, têm seu papel esvaziado. Como conseqüência, as políticas públicas ficam como reféns do jogo político das elites, regionais e nacionais, o que coloca a necessidade de despolitização do poder local no Brasil. (GT de Promoção da Saúde e DLIS da ABRASCO, 2002, p. 6).

Estratégias da Agenda de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável – DLIS

No quadro 9 relacionamos as estratégias adotadas pela agenda de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável – DLIS, encontradas nos textos da literatura que obtivemos na nossa pesquisa. A porcentagem do total de autores que menciona o fortalecimento da ação comunitária, políticas públicas integradas e aquisição de habilidades pessoais é significativamente maior do que os que se referem à criação dos entornos saudáveis e reorientação dos serviços de saúde.

Quadro 9 – A agenda Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (DLIS) e as estratégias adotadas ou indicadas aos leitores

Estratégias	Número de artigos referidos	%
Políticas públicas integradas	18	64,28
Entornos saudáveis	9	32,14
Fortalecimento da ação comunitária	20	71,43
Aquisição de habilidades pessoais	17	60,71
Reorientação dos Serviços de Saúde	9	32,14

Fonte: referências consultadas (n=28).

De acordo com FRANCO (2004), diferentemente de outras metodologias de promoção de desenvolvimento local, o DLIS é uma estratégia de investimento em capital social. De acordo com o autor, "a estratégia é aplicada por meio de algumas tecnologias sociais inovadoras de articulação de redes e de efetivação de processos democráticos e participativos ensaiados em escala local" (p. 1).

Nesse contexto, ainda de acordo com o autor, busca-se o fortalecimento das ações comunitárias por meio da "mobilização de recursos da comunidade, em parceria com atores da sociedade civil, de governos e empresas, em todos os níveis, para a realização de diagnósticos da situação de cada localidade, a identificação de potencialidades, a escolha de vocações e a confecção de planos integrados de desenvolvimento, a captação de recursos e a negociação e a execução de agendas de prioridades que desdobrem esses planos em ações concretas" (FRANCO, 2004, p.1).

Para PAULA (2001, p. 141), "pensar o desenvolvimento humano, social e sustentável, significa pensar em um novo conceito de desenvolvimento que articula a dinamização do crescimento econômico com outros fatores, entre

os quais: o crescimento do capital humano, o crescimento do capital social, a conquista da boa governança e o uso sustentável do capital natural".

Nessa perspectiva o crescimento do capital humano estaria atrelado ao desenvolvimento de habilidades e competências das populações. Para o autor, "investir em capital humano" significa "investir, sobretudo, em educação, mas também em outros fatores relacionados à qualidade de vida, tais como as condições de saúde, alimentação, habitação, saneamento, transporte, segurança etc, sem os quais a educação, por si só, não consegue atingir seus objetivos" (PAULA, 2001, p. 142).

Na visão do autor, o desenvolvimento também requer o crescimento dos níveis de cooperação, ajuda mútua, confiança entre as pessoas e organização social. Segundo ele, "quanto maior a capacidade das pessoas de se associarem em tono de interesses comuns, ou seja, quanto maiores os indicadores de organização social, melhores as condições de desenvolvimento (PAULA, 2001, p. 142). Nesta perspectiva, o incremento do capital social estaria relacionado ao fortalecimento comunitário voltado para o crescimento dos níveis de confiança, cooperação, ajuda mútua e organização social.

Já a 'boa governança', de acordo com esse artigo de PAULA (2001), relaciona-se com "a capacidade gerencial da administração pública, com a capacidade da sociedade de construir canais de participação na gestão estatal, com os níveis de representividade, legitimidade e confianças nos governos, com sua capacidade de prestar contas com a transparência e a permeabilidade do Estado em relação ao controle social (*accountability*)" (p.143).

Poderia também ser uma ênfase sobre a estratégia de participação e de aquisição de habilidades e formulação de políticas públicas voltadas para o enfrentamento dos determinantes sociais e econômicos que comprometem a

saúde e a qualidade de vida dos indivíduos, o que aproximaria as estratégias de DLIS das estratégias apregoadas pela promoção da saúde.

Nessa perspectiva, para FONTES e col. (2002):

> O DLIS, enquanto estratégia, 'aposta' no desenvolvimento local integrado e sustentável como alternativa para reduzir os problemas sociais e econômicos existentes nos municípios mais pobres do país. Seu diferencial está na metodologia, onde as ações de desenvolvimento são planejadas e decididas no local, possibilitando não o rompimento das práticas assistencialistas e programas impostos para a redução da pobreza, mas reorientando para um novo olhar de construção de novas práticas de inclusão social. (FONTES e col., 2002, p. 6).

Nota-se no texto de PAULA (2002), que o estímulo à participação e às parcerias estaria mais atrelado à promoção do desenvolvimento econômico. Essa ênfase na promoção do desenvolvimento econômico está mais presente nessa proposta que nas outras agendas. De acordo com o autor, o DLIS é "uma estratégia de mobilização da sociedade civil em favor do desenvolvimento. O ponto de partida é a sensibilização das lideranças locais para a construção de parcerias entre atores do Estado, do mercado e da sociedade" (PAULA, 2002, p. 17).

Segundo o autor, a estratégia de fortalecer a ação comunitária com abertura de canais de participação é essencial para promover os negócios e, portanto, fortalecer processos que resultem no desenvolvimento econômico:

> No centro da estratégia de promoção do DLIS está a constituição de um colegiado (fórum, conselho ou agenda de desenvolvimento local), capaz de planejar e gerenciar de forma compartilhada, o desenvolvimento local. Para isso, o colegiado precisa ser plural, representativo, legítimo e democrático, reunindo todas as lideranças locais formais e não-formais, de todos segmentos, setores, movimentos e organizações.
>
> Através da elaboração de um diagnóstico participativo, este colegiado deve ser capaz de identificar as potencialidades do desenvolvimento local, as atividades capazes de dar suporte ao crescimento econômico e ao desenvolvimento social, as vocações capazes de alavancar os negócios e a vida social do município. Por outro lado, também devem ser identificados os obstáculos, os

> problemas que impedem o aproveitamento das potencialidades, das oportunidades e das vantagens comparativas e competitivas de que o município dispõe.
>
> Partindo deste diagnóstico, pode ser elaborado um plano de desenvolvimento local, com todas as ações necessárias ao desenvolvimento de cada uma das potencialidades ou vocações identificadas. Tal plano favorecerá a convergência de investimentos públicos e privados, constituindo-se num instrumento de orientação para todos os atores, internos ou externos, que possam interagir no processo de desenvolvimento local.
>
> A partir do plano de desenvolvimento local, convém escolher uma agenda de prioridades. Definidas as prioridades locais, as lideranças locais precisam elaborar projetos executivos e negociar com parceiros, internos e externos, para levantar os recursos e reunir os meios necessários para a realização de sua agenda local. (PAULA, 2002, p.18).

De acordo com FRANCO (2004), a estratégia passou por algumas modificações e vem se transformando nos últimos anos.

Segundo o autor:

> Quando foi aplicado em grande escala pela primeira vez (por meio do Programa Comunidade Ativa), o DLIS era, basicamente, um programa de racionalização da ação governamental em parceria com a sociedade, onde fundamental era a convergência e a integração de ofertas a partir da organização das demandas em agendas locais de prioridades de desenvolvimento. Depois evolui para um programa de incentivo ao protagonismo local, enfatizando os ativos humanos e sociais já existentes em cada localidade e encorajando as comunidades para enfrentarem seus problemas da sua maneira a partir da dinamização das suas potencialidades endógenas. (FRANCO, 2004, p. 3).

A partir de 2001, segundo FRANCO (2004), passou-se a priorizar o fortalecimento da ação comunitária e a criação de habilidades por meio da capacitação para a gestão comunitária empreendedora do processo de desenvolvimento, a formalização de novas institucionalidades participativas (incentivo à fundação de Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIPS para apoiar os Fóruns, colegiados, conselhos de DLIS) e a formação de redes de desenvolvimento comunitário.

Ainda segundo o autor, o DLIS era antes reconhecido como um programa de geração de emprego e renda, em geral, a ser aplicado em pequenos municípios. Essa terceira modificação ampliou e flexibilizou a estratégia, uma vez que atualmente ela pode ser implementada, "dentro de certos limites, em qualquer tipo de localidade (e não apenas em municípios pequenos do interior) e sofre menos influência daquele inevitável pragmatismo economicista, daquela fixação, quase pueril, na geração quase imediata e demonstrativa de ocupação e renda de modos, digamos, meio artificiais e pouco sustentáveis" (FRANCO, 2004, p. 3).

Outra modificação, segundo o autor, diz respeito à diversificação dos centros indutores e promotores de DLIS e a descentralização da estratégia. Inicialmente, segundo Franco, o DLIS era impulsionado a partir de um centro indutor e promotor governamental em aliança com algumas instituições de âmbito nacional e estadual. "Depois ele passou a ser induzido por uma diversidade maior de atores institucionais, governamentais e não-governamentais, inclusive no âmbito microrregional e municipal" (p. 3).

Para Juarez de Paula, essa estratégia é fundamentada em ações voltadas para:

> - a organização e participação da comunidade local;
> - a parceria entre Estado, mercado e sociedade;
> - a capacitação continuada para o planejamento e gestão compartilhada do desenvolvimento;
> - a oferta articulada e convergente de investimentos governamentais e não-governamentais;
> - a difusão da cultura empreendedora e o apoio ao empreendedorismo local;
> - a oferta adequada de crédito para micro e pequenos empreendimentos através de instrumentos de crédito popular (microcrédito). (PAULA, 2002, p.17).

De acordo com Franco, citado por PAULA (2002), as propostas de DLIS apresentam um projeto pedagógico que visa a contribuir para que as pessoas "ampliem o olhar e reconheçam o que as impede de viver em um

ambiente capaz de florescer o empreendedorismo, a cooperação, a formação de redes e democracia" (p. 32).

Segundo o autor:

> A pedagogia do DLIS sustenta-se na hipótese de que os constrangimentos ao desenvolvimento comunitário são de natureza política (...) Têm a ver com uma cultura política que:
> - desmobiliza a criatividade e a inovação, levando as pessoas a repetir o que sempre fizeram. Isso é contra o empreendorismo individual.
> - desestimula o enfrentamento coletivo dos problemas comuns, transformando as pessoas em beneficiárias passivas de programas assistenciais que já vêm prontos. Isso é contra empreendedorismo coletivo.
> - substitui a cooperação que alavanca recursos da própria comunidade pela competição por recursos de fora, que serão conseguidos por algum benfeitor e oferecidos em troca de algum tipo de apoio. Isto é contra a prática da cooperação.
> - verticaliza as relações, desestimula as conexões horizontais entre pessoas, grupos e organizações, isolando-os e deixando-os a mercê de favores de algum político poderoso. Isso é contra as redes a favor de estruturas piramidais de poder.
> - exclui as pessoas das decisões e as impede de participar dos assuntos públicos, que dizem respeito aos destinos da comunidade. Isso é contra a democracia. (Franco, 2002 apud Paula, 2002, p. 32).

Para MAGALHÃES e MIRANDA (2001), alguns projetos de DLIS têm elementos bastante sedutores para uma "aproximação" com a pobreza. Incorpora o já tradicional modelo de práticas participativas, com a determinação de funções e lugares para os pobres no processo de desenvolvimento e no mundo globalizado. Os processos de capacitação – um dos eixos centrais das ações DLIS – supõem a possibilidade de incremento da aptidão dos pobres (ou excluídos) para o empreendedorismo. E, com ela, sua inserção na lógica competitiva do capitalismo livre, segundo a qual, os insucessos de inclusão no mercado, também livre, são atribuídos à inépcia ou à incapacidade dos atores individuais e não aos problemas, às limitações e imperfeições da ordem econômica e social. (MAGALHÃES e MIRANDA, 2001).

Outro aspecto relevante, segundo o Grupo de Trabalho (GT) de promoção da saúde e DLIS da ABRASCO (2002) é:

> A questão da produção e disseminação de informações é peça-chave nas estratégias de DLIS/PS. Sabe-se que, em geral, as informações não são difundidas para o conjunto da sociedade, constituindo alvo de disputa e poder. A concepção de DLIS/PS coloca como fundamental que as informações sejam disseminadas de forma a favorecer a construção de uma identidade comum e a adesão ao projeto, constituindo uma sustentabilidade ampliada e progressiva. (GT PS/DLIS da ABRASCO, 2002, p. 5).

FONTES e col. (2002), em seu estudo de caso, argumentam que essas propostas:

> têm por fundamento as aglomerações de empreendimentos, em sua maioria pequenos, de origem local e baseados em redes locais de cooperação, acordo, competição, que possuem uma "liga" formada por instituições, costumes, convenções e identidade local. As políticas formuladas nesse contexto procuram, ao mesmo tempo incluir a formação de uma força de trabalho local flexível com um bom nível de capacitação. (FONTES e col., 2002, p.5).

BUSS e RAMOS (2000), que trabalham o DLIS na perspectiva da promoção da saúde, fazem esta aproximação: "existe um razoável grau de consenso apontando que o desenvolvimento local não é um processo que ocorre 'naturalmente', isto é, sem estímulos ético-filosóficos, econômicos, políticos, sociais, etc. Também se sabe que é importante capacitar os diferentes atores na questão do desenvolvimento local" (p. 37).

A capacitação de que falam esses autores é compreendida "não como uma imposição ou 'lavagem cerebral' mas, sim, como o encontro de aspirações e projetos legítimos dos vários atores considerados com um conjunto de conceitos, técnicas e métodos que lhes auxiliem a melhor propor e desenvolver projetos de desenvolvimento local" (p. 37).

Sobre a capacitação, ZAPATA e col. (2001), em seu artigo, frisam que nesses processos ela deve buscar a formação de recursos humanos e

capital social. De acordo com os autores, "capital humano e capital social tornam-se o ponto de partida para a transformação produtiva e para o estabelecimento de relações mais simétricas nos processos de tomada de decisão, através do empoderamento de novos atores" (p. 118).

Na opinião de PAULA (2002), estratégias de planejamento e gestão compartilhada, como o DLIS, exigem "tempo de maturação". Conforme suas palavras:

> não se consegue constituir um Fórum de Desenvolvimento Local com autonomia e sustentabilidade em curto prazo. Não se consegue realizar uma ação de uma agenda local e verificar seus resultados e impactos da noite para o dia. Por isso, tais estratégias precisam ter continuidade por um largo período, para conseguirem efetivamente produzir uma mudança de modelos mentais, de visão de mundo. (PAULA, 2002, p. 62).

Para MAGALHÃES e MIRANDA (2001), outra questão que se tem que levar em conta é que os projetos de DLIS "não podem, pelo foco no local, desconsiderar as questões referentes às opções de política e economia do país. Trata-se de consolidar vínculos políticos, econômicos, fortalecendo sujeitos políticos capazes de disputar recursos, discursos e concepções" (p. 111).

Isso, segundo os autores, também se vincula à:

> importância de um ambiente público mais politizado, onde os projetos ou iniciativas governamentais possam efetivamente ter controle e acompanhamento por parte da sociedade. Ainda temos mecanismos muito incipientes nesse sentido, mas é preciso avançar para que a ação dos governos não se faça de maneira descontinuada e espasmódica. Mais, para que a articulação entre diferentes órgãos governamentais, que se apresenta como importante consenso de retórica, seja estimulada e radicalizada pela ação política da sociedade. A ação em parceria ainda é um processo que exige aprendizado. Aprendizado também que se constrói pela prática política. (MAGALHÃES e MIRANDA, 2001, p.111).

Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável - DLIS: abordando princípios e valores

No quadro abaixo verificam-se os princípios e valores indicados ou adotados pela agenda de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável – DLIS:

Quadro 10 - A agenda Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (DLIS) e os princípios e valores verificados na literatura consultada

Princípios e Valores	Número de artigos referidos	%
Participação Social	27	96,42
Intersetorialidade	20	71,43
Eqüidade	8	28,57
Sustentabilidade	22	78,57
Democracia	15	53,54
Empoderamento	14	50
Justiça social	9	32,14
Respeito à diversidade	8	28,57
Solidariedade	7	25

Fonte: Referências consultadas (n=28).

Apesar de termos encontrado muitas referências a esses princípios e valores, não há análises consistentes sobre o significado da maioria deles. Nesse sentido, trouxemos para o texto somente observações sobre princípios e valores que fizessem algum sentido para a análise. Em muitos textos a menção ao respeito à equidade, solidariedade, justiça social, por exemplo, não foram objeto de discussão da grande maioria dos autores dos textos selecionados sobre DLIS.

Democracia, participação social e empoderamento

Em seu artigo, FONTES e col. (2002) destacam que são numerosas as propostas de desenvolvimento voltadas para a superação da pobreza, caracterizada "como um problema técnico, de base produtivista, industrial ou agrícola, que terminam por considerar medidas para o encaminhamento de sua solução que não atinjam efetivamente o *status quo* da sociedade"(p. 4).

Todavia, para os autores:

> É importante afirmar o vínculo existente entre pobreza e vida política, considerando as diferentes esferas do Poder Público e respectivas parcelas de responsabilidade na formulação, integração e implementação das políticas inerentes à micro e macroeconomia. Com esta afirmação estamos reconhecendo que promover o desenvolvimento e reduzir a pobreza passam necessariamente por fortalecer a cidadania e influenciar o cotidiano da política a favor da democracia, dando a devida atenção aos contextos históricos, sociais e institucionais que conformam os processos de crescimento. (FONTES e col., 2002, p. 4).

Para Zapata e col. (2001, p. 117), os governos locais estão "emergindo em todo o mundo como entes mais flexíveis, podendo reinventar a democracia e criar qualidade de vida a partir do local". A participação social, segundo os autores, contribui para promover o controle social sobre o desenvolvimento, estabelecendo o espaço local como o "lócus privilegiado da formação do cidadão" (p.117).

A participação, ainda para os autores, é compreendida como "o processo de tomar parte nas decisões e se responsabilizar pelas decisões tomadas, tornando os cidadãos sujeitos do processo de desenvolvimento local" (p.117). Assim, a participação efetiva eleva o "ator à condição de agente de mudança e a comunidade organizada à de protagonista pró-ativa do processo de gestão social" (Zapata e col., 2001, p. 117), tornando os

cidadãos responsáveis pelo interesse público e, ao mesmo tempo, sujeitos do processo de mudanças.

Para BODSTEIN e col. (2004), um dos desafios enfrentados pelos projetos de DLIS diz respeito à promoção da interlocução das lideranças comunitárias com os demais parceiros dos projetos, assim como uma participação mais democrática e efetiva do poder público, que representa um grande desafio à proposta.

Nessa linha, para PAULA (2002) a obtenção de um diálogo e interlocução qualificada entre os diversos atores sociais representa uma dificuldade. Alcançar consensos entre os principais parceiros sobre as estratégias e prioridades de médio e longo prazo representa um desafio a ser superado.

Ainda para PAULA (2002) a difusão da proposta de DLIS apresenta também seus desafios e dificuldades. Segundo o autor, "a primeira dificuldade encontrada é a baixa credibilidade do poder público em qualquer um de seus âmbitos – municipal, estadual e federal. A população local tem inúmeras razões para ter dúvidas quanto ao real compromisso das organizações governamentais em respeitar os procedimentos e resultados de um processo genuinamente participativo" (p. 59).

Assim, conforme as palavras do autor, embora exista a participação e a abertura de espaços democráticos nas experiências DLIS, estes sofrem dos mesmos problemas dos Conselhos sociais locais, isto é, são considerados espaços de cooptação e não de ampliação de cidadania:

> Ocorre em muitos casos, segundo Paula, "que tais conselhos não funcionam de fato, não têm nenhuma autonomia, são controlados pelos prefeitos e só existem para cumprir uma exigência para obtenção do repasse dos recursos. Por isso quando se fala em constituir um Fórum de Desenvolvimento Local, a maioria tende a considerar que é apenas mais um" (PAULA, 2002, p. 59).

Uma conseqüência disto e, nessa linha, de acordo com MAGALHÃES e MIRANDA (2001), é a sensação de injustiça e desconfiança em relação às iniciativas relacionadas ao poder público, que prejudica o andamento dos projetos DLIS:

> O fato de que as camadas mais pobres da população não tenham reações organizadas e sistemáticas de subversão da ordem ou, em outra leitura, que tenham uma enorme "tolerância" com a iniqüidade, não significa que não vivenciem a percepção aguda da injustiça da ordem econômica e social do país. A percepção da injustiça é correlata a uma desconfiança sistemática (e fundada) quanto ao sentido, à continuidade e ao compromisso das iniciativas governamentais que os envolvem. Daí que, em geral, as primeiras respostas positivas de lideranças comunitárias à entrada de projetos DLIS, muitas vezes se "esgarçam" rapidamente, por uma atitude efetivamente hostil, mesmo que "cordial". (MAGALHÃES e MIRANDA, 2001, p. 110).

Para os autores, "é evidente que esta desconfiança não é gratuita. Os dados oficiais a balizam: os processos de estabilização econômica, ou de desenvolvimento ou crescimento econômico, nunca incluíram uma opção política que envolvesse as elites e os governantes em um compromisso massivo com a população brasileira" (MAGALHÃES e MIRANDA, 2001, p. 110).

Assim, "caso as iniciativas DLIS queiram efetivamente contar com a participação das populações pobres, estão desafiados a construir pontes reais entre sua ação local e concepções que orientem intervenções mais amplas, visando a avançar no enfrentamento da desigualdade" (MAGALHÃES e MIRANDA, 2001, p. 110).

Para BECKER e col. (2004), o empoderamento é considerado dimensão fundamental de iniciativas de DLIS com foco na promoção da saúde. Em seu artigo, os autores fazem uma interessante relação entre esse tema e a questão da eqüidade da promoção da saúde:

> Os programas territoriais voltados para o empowerment comunitário encontram-se hoje na intercessão de dois importantes campos da saúde pública: a equidade em saúde e a promoção da saúde (Rifkin, 2003). Ambos os campos, influenciados pelo trabalho de Amartya Sen (Faerstein, 2000; Westphal, 2000), percebem o tema empowerment como fundamental tanto para a redução da iniqüidade como para promover a saúde e a qualidade de vida. No entanto ainda são poucos os estudos que se debruçam sobre o seu impacto. (BECKER e col., 2004, p. 656).

Os autores, em seu artigo, argumentam que:

> um dos aspectos fundamentais do empowerment diz respeito às possibilidades de que a ação local fomente a formação de alianças políticas capazes de ampliar o debate da opressão no sentido de contextualizá-la e favorecer a sua compreensão como fenômeno histórico, estrutural e político. O trabalho comunitário, que busca o empowerment, contribui para o surgimento de um tecido social fortalecido pelas interações que promove, evidenciadas pelo caráter dialético e contraditório presente em todas as relações sociais e essencialmente confere "poder" ao sujeito social envolvido. (BECKER e col., 2004, p. 657).

O surgimento de um tecido social coeso remete à idéia de incremento do capital social e do capital humano. Para FRANCO (2001, p.9):

> Prosperidade e boa governança não podem ocorrer em ambientes onde o capital social e o capital humano forem muito baixos. Há um nexo conotativo entre estes fatores. Pode-se dizer que o desenvolvimento é um círculo virtuoso em que o incremento de cada uma dessas variáveis (capital humano, social, empresarial) amplifica as outras por laços de retroalimentação, de maneira que o sistema começa a rodar por si mesmo. (FRANCO, 2001, p.9).

Para BODSTEIN e col., (2004), a efetividade dos programas depende em grande parte do chamado capital social e da cultura cívica local. Nessa perspectiva, estratégias de fortalecimento dos vínculos sociais são componentes cruciais da sociabilidade local dos processos de DLIS. De acordo com os autores:

> Mobilização, coesão social e manifestações socioculturais importam fundamentalmente para a auto-estima e identidade das comunidades, fortalecendo e legitimando vínculos sociais, viabilizam compromissos, acordos e, portanto, o capital social das comunidades, abrindo a possibilidade de um diálogo inovador com

> o poder público e com os projetos e iniciativas sociais. (BODSTEIN e col., 2004, p. 601).

Para SILVEIRA (2001a), os processos de desenvolvimento local são "por natureza processos políticos". Segundo o autor:

> É verdade que a dinâmica de interlocução e negociação política produz novos sujeitos, mas a participação pode se tornar artificial quando desvinculada do aumento das capacidades dos atores locais, reproduzindo segmentações já instaladas (quem elabora, quem vocaliza, com que hábitos e motivações). A necessidade reside, então, na aproximação entre o processo político e o processo pedagógico, na capacitação articulada e dinâmicas reais de interlocução política. (SILVEIRA, 2001a, p. 38).

Zapata (1999, apud SILVEIRA, 1999), tece um comentário bastante relevante sobre a questão da participação cidadã nesses projetos. Segundo a autora:

> A *participação cidadã* não se confunde com aquele "planejamento participativo" onde são feitas duas ou três reuniões para levantar demandas. Participar - ter e ser parte de um projeto - é algo muito mais profundo. Significa também desenvolver e partilhar uma visão de futuro, uma visão de desenvolvimento estratégico daquela comunidade. Desenvolver uma visão de futuro está ligado ao resgate do sentido de pertencer à cultura do território, às pessoas acreditarem que podem reconstruir suas vidas e que é necessário se organizar e capacitar para que as mudanças possam acontecer. Nesse processo, a comunidade se torna empreendedora, ao invés de demandante. (Zapata, 1999 apud SILVEIRA, 1999).

Para a autora:

> Desenvolvimento local não pode ser feito por decreto, é um fenômeno humano, cultural, que se dá a partir de cada realidade local. Uma parceria não se forma juntando as pessoas num *workshop* e depois assinando um protocolo. É um fenômeno de construção. Não podemos dizer que faremos em um ano, nem em cinco anos. É um processo que vem a partir de uma dinâmica sobre a qual ninguém domina todas as variáveis. (Zapata, 1999 apud SILVEIRA, 1999).

FONTES e col. (2002) aproximam-se indiretamente da idéia da eqüidade e da teoria de Amartya Sen, ao argumentarem que "o atendimento às necessidades fundamentais da coletividade está no centro da discussão sobre desenvolvimento e qualidade de vida" (p.5).

Para os autores, "consideram-se inerentes ao conceito de desenvolvimento local as possibilidades ofertadas à população de ampliar suas escolhas, enquanto indivíduos nas diferentes áreas, tanto aquelas que visam à sobrevivência quanto aquelas referentes à participação política, diversidade cultural, direitos humanos e liberdade de escolha" (FONTES e col., 2002, p. 5).

De acordo com ZANCAN e ADESSE (2004), o componente integrado da expressão DLIS diz respeito à idéia de que setores diferentes da vida comunitária e das políticas públicas devem estabelecer e implementar políticas e ações conjuntas, voltadas para as prioridades das comunidades, levando em conta seus problemas, oportunidades e recursos.

Nessa mesma linha, para BUSS e RAMOS (2000), o componente integrado do DLIS refere-se ao desenvolvimento dos diversos setores (econômico, político, social e cultural, cada um nas suas várias dimensões) da vida comunitária, de forma harmônica, equilibrada entre eles e de acordo com as aspirações e interesses da comunidade" (p. 18). Segundo os autores, para atuar em prol do desenvolvimento integrado, o poder público local deve fazê-lo articulando ações intersetoriais no território, de forma a impulsionar harmoniosamente todos os aspectos da vida social mencionados, segundo os interesses e necessidades da população" (BUSS e RAMOS, 2000, p. 18).

Ainda segundo os autores:

> O crescimento econômico é necessário, mas não suficiente para o desenvolvimento integrado. De fato a vida social está composta de

> diversos componentes como saúde, alimentação, educação, ocupação e renda, habitação, transporte, meio ambiente, justiça entre outros, sobre os quais há necessidades, demandas, aspirações populares. Adequadamente identificadas e atendidas, elas representarão desenvolvimento, isto é, melhor qualidade de vida. (BUSS e RAMOS, 2000, p. 18).

Para BODSTEIN e col. (2004), projetos de Desenvolvimento Local Integrado Sustentável com foco na promoção da saúde (DLIS/PS) "surgem a partir de propostas interdisciplinares e objetivos multifocais, com ênfase na intersetorialidade e na participação, em que componentes da geração de renda, segurança pública, demandas socioculturais, ambientais e de redução da desigualdade ganham destaque" (p. 594). Segundo os autores, esses projetos possuem valores e princípios como a equidade e o empoderamento, têm implicação na formulação de políticas voltadas para a mudança social.

De acordo com o documento originado em reunião do Grupo de Trabalho (GT) de promoção da saúde e DLIS da ABRASCO sobre bases conceituais de DLIS/PS, a construção de políticas intersetoriais constitui um desafio:

> A construção de políticas intersetoriais constitui um dos grandes desafios a serem enfrentados e exige uma nova *governance*. A definição de políticas em conjunto com a sociedade é um grande passo na direção de construir políticas públicas no nível local, onde existem secretarias e instituições diferentes atuando, com atores e interesses distintos, além de lógicas de atuação diferenciadas. O alcance de políticas públicas mais eficientes exige uma revisão do papel e da forma de organização da administração pública, constituindo-se, ao mesmo tempo, uma alavanca para o início do trabalho e referência para as comunidades locais. (GT de Promoção da Saúde e DLIS da ABRASCO, 2002, p. 5).

De acordo com BODSTEIN e col. (2004), os projetos de DLIS, ao proporem a gestão integrada nos diversos níveis da administração pública (federal, estadual e municipal), formação de parcerias e participação comunitária, revelam-se "particularmente complexos, não só pela multiplicidade de iniciativas, propostas e atores, mas, sobretudo porque explicitam um

compromisso com a sustentabilidade das ações a médio e longo prazo" (p. 594).

Sustentabilidade

A sustentabilidade, quando abordada nos estudos em análise adquire diversas abordagens. Já falamos de duas visões, as que aparecem nos textos de Cidades/Municípios Saudáveis e nos textos de Agendas 21 Locais.

ZANCAN e ADESSE (2004) se referem ao conceito adotado pelos processos de DLIS, em que o termo sustentável remete às dimensões ampliadas de sustentabilidade, no caso, ambiental, social, econômica, cultural e política, "garantindo que os resultados das ações serão contínuos e levarão ao desenvolvimento futuro" (p. 741).

BUSS e RAMOS apresentam sustentabilidade com base em uma visão ampliada (2000):

> Falar da sustentabilidade econômica significa referir-se a um desenvolvimento baseado em um crescimento econômico que apóia mais crescimento e que procura incluir grupos excluídos, ao ser adequadamente distribuído (eqüitativo) e ao buscar a superação da pobreza e da exclusão (solidário).
>
> Mas o conceito de sustentabilidade quanto ao desenvolvimento diz respeito também a outras dimensões, além da econômica e da ambiental. Uma das mais importantes é a sustentabilidade política, isto é, pelo crescimento econômico eqüitativo e solidário mais pessoas e grupos sociais e políticos se perceberão incluídos e com necessidades atendidas, o que implica no crescimento do apoio ao modelo e seus promotores (agentes políticos, como governantes ou outras organizações sociais).
>
> Pode-se falar também de uma sustentabilidade cultural. Isto é, o desenvolvimento sustentável implica em reconhecer e preservar a diversidade de grupos humanos, concepções de vida, formas de pensar e agir, como patrimônios inestimáveis legáveis de geração a geração e absolutamente enriquecedoras das soluções originais e peculiares engendradas para o desenvolvimento local. (BUSS e RAMOS, 2000, p. 21).

Também encontramos uma abordagem sistêmica da sustentabilidade como poderemos ver nos comentários abaixo, de SILVEIRA (2001b) e de FRANCO (2001).

Para SILVEIRA (2001b), "sustentabilidade diz respeito, também e principalmente, a um padrão de organização de um sistema que se mantém ao longo do tempo em virtude de ter adquirido certas características que lhe conferem capacidades autocriativas" (p. 37).

De acordo com o artigo de FRANCO (2001):

Em geral se confunde sustentabilidade com durabilidade de um ente ou um processo. Diz-se que um ente ou um processo econômico, social, cultural, político, institucional, ambiental ou físico-territorial é sustentável quando se mantém prolongadamente no tempo, ou seja, quando este ente ou processo é durável. Mas a durabilidade, de acordo com o autor, é uma conseqüência da sustentabilidade. Se um sistema é sustentável, então ele é durável porque é capaz de se auto-organizar, de se reproduzir, enfim, de autocriar as condições para sua continuidade.

Capra, sobre quem SILVEIRA (2001b), assenta muitas de suas bases teóricas, apresenta várias características de processos de desenvolvimento sistêmico para garantir a sustentabilidade (Capra 1997 apud SILVEIRA, 2001b):

> Que características seriam estas? Sistemas complexos organizados em rede teriam como características combinadas a interdependência (relações não lineares entre os membros, envolvendo múltiplos laços de realimentação), a reciclagem (o caráter cíclico, a evitação de falhas de realimentação, o resíduo como insumo e, portanto, não mais o resíduo), a parceria (aqui no sentido amplo de cooperação e coevolução), a diversidade (a diferença na natureza e nos impulsos dos membros) e a flexibilidade (o caráter aberto, dinâmico, suscetível a rearranjos e à inovação. (Capra, 1997 apud SILVEIRA, 2001b, p. 37).

"O nexo entre sustentabilidade e organização em rede ganha evidência no contexto histórico e concreto de reestruturação e deslocamento de paradigmas, que cria as condições de interligação entre as questões da cidadania, do acesso ao conhecimento e da reconstrução do mundo do trabalho" (SILVEIRA, 2001b, p. 37).

O autor, então, prossegue relacionando sustentabilidade e direitos:

> A temática anti-exclusão funde-se aqui com a questão de disputa dos fluxos – enquanto direito de acesso e possibilidade de criação – como via de aprendizagem, construção de sujeitos (na sua diversidade e interdependência) e intervenção direta desde onde estão as pessoas e a vida de cada lugar, e não principalmente dos vetores verticais, mesmo que pretensamente alternativos face aos modelos e mecanismos dominantes. (SILVEIRA, 2001b, p. 38).

Por último, Franco relaciona sustentabilidade com a existência de redes bem interligadas, apesar da diversidade existente de características das comunidades humanas (2001):

> Um sistema será sustentável na medida da sua flexibilidade e da sua diversidade, o papel da diversidade está estreitamente ligado com a estrutura em rede de um sistema. Um sistema diversificado será flexível, pois contém muitas partes com funções sobrepostas que podem, parcialmente, substituir umas às outras. É possível sustentar, o que também não se fará aqui, que flexibilidade e diversidade constituem características atribuíveis a comunidades humanas, que resolvem assumir radicalização democrática da sua esfera pública. (FRANCO, 2001, p. 34-5).

7 DISCUSSÃO

A descentralização político-administrativa do Brasil, iniciada no período da redemocratização do país e institucionalizada pela Constituição Federal de 1988, reconheceu o papel dos governos locais na formulação, implementação e avaliação de políticas públicas e colocou os municípios na linha de frente das resoluções dos problemas locais. Se, no passado, esses municípios tinham uma atuação marginal na gestão de políticas públicas, atualmente cabe a eles a responsabilidade de lidar com a complexidade dos problemas socioambientais e enfrentar os determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde que afetam a qualidade de vida da população.

Para Mendes e Fernandez (2003), o processo de descentralização representa um "campo de tensões entre poderes, saberes, competências e atribuições" (p. 4). Nele, se insere um "conjunto numeroso e diversificado de atores que vivenciam interna ou externamente a burocracia nos mais variados lugares de poder existentes" (p. 5). Além disso, a descentralização "apresenta grande complexidade técnica e operacional, e, sobretudo, não se dá sem importantes conseqüências" (p. 5).

É nesse contexto que as agendas sociais de desenvolvimento local deste estudo estão inseridas. O panorama dessas agendas demonstrou a grande abrangência e a representatividade dessas iniciativas por todo o país.

Conforme já apresentado, na seção resultados deste trabalho, diversos autores ressaltam a importância do processo de construção e implementação dessas agendas para a promoção de mudanças institucionais e para o delineamento de um novo perfil de gestor mais comprometido com o desenvolvimento do território, com ações voltadas para o desenvolvimento local, com a articulação e ampliação dos espaços de

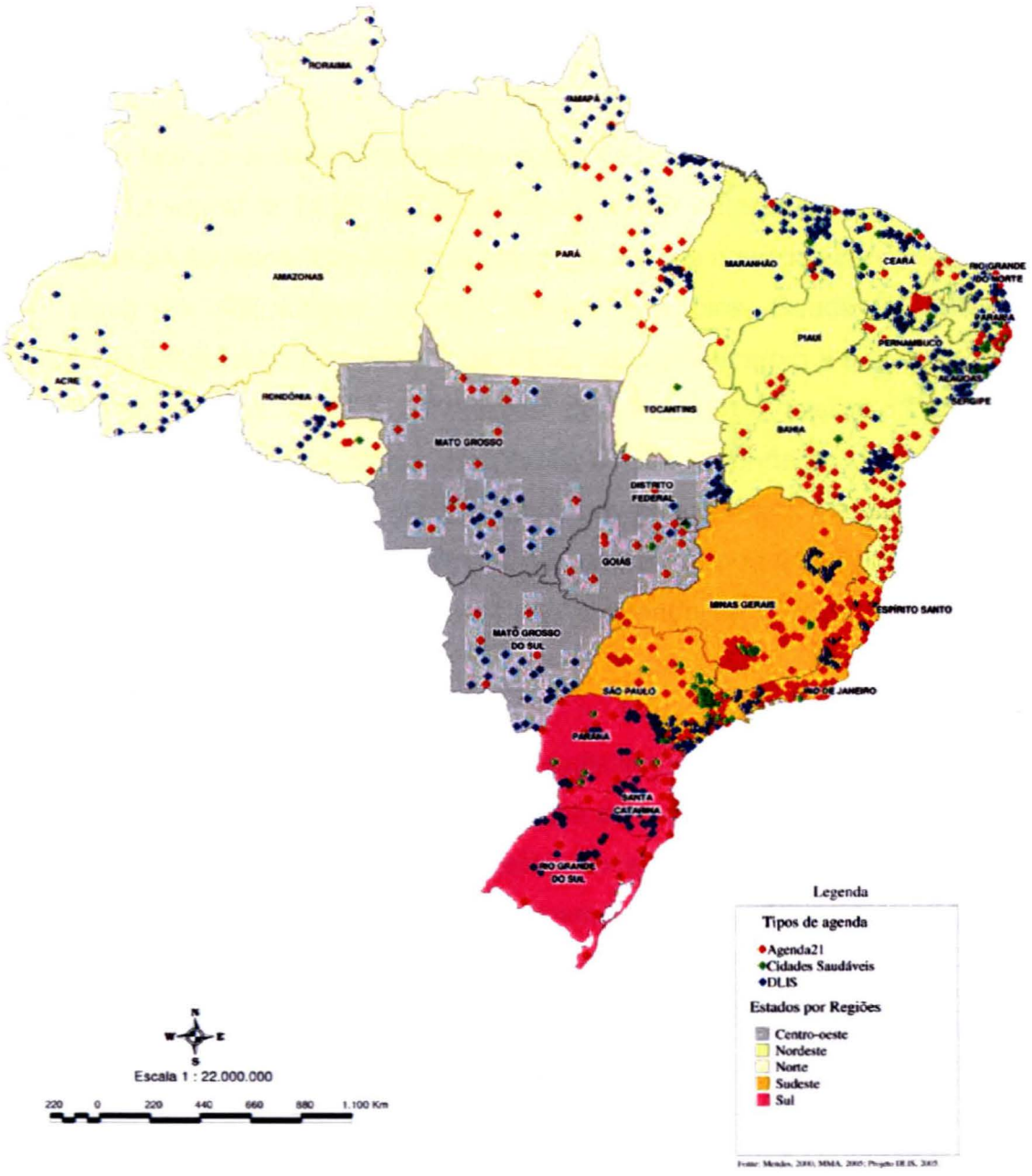
participação, de forma democrática. Essas iniciativas sinalizam uma tentativa de ruptura com as formas tradicionais de gestão governamental, por meio da criação de espaços de locução para o exercício da democracia participativa, como fóruns, comitês, comissões, conselhos e outros arranjos capazes de articular os múltiplos interesses da sociedade (MENDES, 2000; ZAPATA e col., 2001; AKERMAN e col., 2004).

Esta perspectiva proposta pelos processos dessas agendas sociais de desenvolvimento local nos afasta de outra interpretação de descentralização, interpretada por gestores tradicionais, centralizadores e simples administradores de recursos, como uma forma de reduzir o aparelho estatal e os gastos públicos. Esses administradores estariam mais interessados em privatizar ou terceirizar de forma gradativa seus serviços públicos para mitigar seus gastos, independentemente dos prejuízos que essas medidas possam causar para a maioria da população e que, portanto, fogem dos objetivos e ideários dessas agendas (WESTPHAL e ZIGLIO, 1999; ZAPATA e col., 2001).

A descentralização, assim, abre um novo espaço para a promoção do desenvolvimento a partir da base da sociedade, portanto, do local sem desvinculá-lo do global. A análise do material bibliográfico existente sobre essas agendas sociais de desenvolvimento local evidenciou seu papel neste momento histórico institucional, como importantes agentes catalizadores de mudanças na cultura política rumo a uma boa governança.

De acordo com o IBGE, no Brasil existem atualmente 5.675 municípios. Temos 79 desses municípios envolvidos em processos de agendas Cidades/Municípios Saudáveis, 544 com Agenda 21 Local e mais de 700 municípios que participam de um processo de DLIS, somando mais de 1.223 agendas sociais de desenvolvimento local. Reunindo todas essas agendas no mapa do Brasil, a imagem que obtivemos foi de um território coberto por iniciativas indutoras de desenvolvimento local.

Figura 4: Mapa de distribuição das agendas sociais de desenvolvimento local desse estudo



Extraído de: MENDES, 2000; COMUNIDADE SOLIDÁRIA, 2001; NUSP, 2006; RMPS, 2006; MMA, 2005[a]

A realidade, entretanto, apresentada pelos autores da literatura consultada, é que essas agendas não se articulam. Muitas vezes, a falta de entendimento do real significado dessas agendas pelo gestor municipal faz

com que em um mesmo município ocorra, simultaneamente, um processo de construção de duas dessas agendas. Esta ocorrência provoca um lamentável desperdício de tempo, recursos e energia, ocasionando desgaste na participação, descrença da população e muitas vezes disputa de poder e reconhecimento por parte dos agentes indutores envolvidos.

Por outro lado, a análise bibliográfica sobre Cidades/Municípios Saudáveis, Agenda 21 Local e DLIS identificou que vários autores também fazem referência às semelhanças e diferenças entre as três agendas aproximando-as. Nove de 43 artigos sobre Cidades/Municípios Saudáveis fazem referência à Agenda 21 Local, e 3, ao DLIS, sem enfatizarem a possibilidade de convergência. Entre os 28 autores que tratam do assunto DLIS, 3 mencionam Cidades/Municípios Saudáveis, e 13, a Agenda 21 Local, o que indica a existência de uma possibilidade um pouco maior de confluência entre DLIS e Agenda 21 Local. Dos textos sobre Agenda 21 Local, 4 fazem referência ao DLIS e apenas 1 menciona a agenda de Cidades/Municípios Saudáveis.

A primeira semelhança encontrada, ao analisarmos a literatura sobre essas diferentes agendas sociais, foi em relação à metodologia utilizada. Todas as agendas propõem o desenvolvimento local a partir de processos participativos e processuais. As três agendas sugerem alguns passos para planejar e implementar as agendas. A análise desses passos sugere dinâmicas bastante semelhantes (SILVEIRA, 2001a, OPAS, 2002; PAULA, 2002; MMA, 2005).

A semelhança em relação ao processo é ressaltada por KRANZ (2001), que chama a atenção para os processos participativos, a partir dos quais as agendas de um modo geral, caminham. Na frase a seguir fica muito clara essa argumentação da autora. Segundo ela, os processos de Agenda 21 Local "guardam semelhanças com os demais processos de planejamento participativo ou de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (DLIS)"

(p.129). Ambas as agendas utilizam, conforme a autora, "a abordagem participativa e inclusiva que demanda a representação de todos ou da maioria dos setores de interesses da comunidade no processo e no planejamento e desenvolvimento das atividades, o fortalecimento da cidadania, a ênfase em atividades de capacitação e os passos da metodologia de planejamento" (p.129).

A utilização da metodologia participativa ocorre em função da consciência dos que militam nessas agendas de reconhecerem o entrave que representa a cultura política tradicionalista, clientelista, assistencialista e centralizadora. As agendas assumem um papel de contraposição à forma nepotista e patrimonialista de condução da coisa pública, objetivando pela participação no processo de tomada de decisão melhorar a governança, incluir a prestação de contas no sentido de estabelecer a transparência no uso do gasto público e outros benefícios relacionados à construção da cidadania. (ZAPATA e col. 2001; IADH, 2004b).

Em relação às estratégias, o levantamento realizado e expresso nos quadros 5, 7 e 9, já discutidos de forma isolada, deixa evidente as diferenças de ênfase dadas pelas diferentes agendas. A priorização das políticas públicas foi a maior semelhança encontrada. Só os processos de DLIS dão mais ênfase ao fortalecimento da ação comunitária, segunda estratégia mais utilizada pelas outras agendas. A aquisição das habilidades pessoais também é um foco de preocupação e muitos processos são desenvolvidos com esse objetivo estratégico. A criação de entornos saudáveis é objeto de intervenção principalmente na agenda de Cidades/Municípios Saudáveis, bem como a reorientação dos serviços de saúde, uma vez que esta agenda nasce e tem raízes no setor da saúde marcando, assim, a especificidade de seu campo.

No quadro 11, relacionamos as estratégias adotadas pelas agendas sociais de desenvolvimento local deste estudo. A porcentagem do total que

considera importante ou desenvolveu a estratégia é o que foi de interesse para a análise.

Quadro 11 – As agendas sociais de desenvolvimento local deste estudo e as estratégias adotadas ou indicadas aos leitores

Estratégias	MCS	Agenda 21 Local	DLIS
Políticas públicas intersetoriais	69,76 %	64,70 %	64,28 %
Entornos saudáveis	32,55 %	5,88 %	32,14 %
Fortalecimento da ação comunitária	34,88 %	52,94 %	71,43 %
Aquisição de habilidades pessoais	34,88 %	23,52 %	60,71 %
Reorientação dos serviços de saúde	41,86 %	0 %	32,14 %

Fonte: Referências consultadas neste estudo

Em relação aos princípios e valores das agendas deste estudo, voltando às tabelas 6, 8 e 10 e comparando os dados obtidos da literatura selecionada, confirmamos que a participação social é o princípio orientador mais ressaltado e o que sustenta as três agendas. Sobre esse princípio que orienta os processos já fizemos algumas considerações. Vale ressaltar a relação entre democracia, empoderamento e a questão da participação. Podemos dizer que embora a democracia e o empoderamento tenham sido menos relacionados pela literatura dessas três agendas, eles acabam sendo contemplados pelo respeito ao princípio da participação.

No quadro abaixo verificam-se os princípios e valores indicados ou adotados pelas agendas sociais de desenvolvimento local deste estudo:

Quadro 12 - As agendas sociais de desenvolvimento local deste estudo e os princípios e valores verificados na literatura consultada

Princípios e Valores	MCS	Agenda 21 Local	DLIS
Participação Social	93,02 %	94,11 %	96,42 %
Intersetorialidade	93,02 %	61,76 %	71,43 %
Eqüidade	46,51 %	26,47 %	28,57 %
Sustentabilidade	25,58 %	91,17 %	78,57 %
Democracia	30,23 %	23,52 %	53,54 %
Empoderamento	20,93 %	11, 76 %	50,00 %
Justiça social	20,93 %	38, 23 %	32,14 %
Respeito à diversidade	9,30 %	14,70 %	28.57 %
Solidariedade	18,60 %	14,70 %	25,00 %

Fonte: Referências consultadas neste estudo

Um segundo princípio de bastante importância para as três agendas é a intersetorialidade, que é mencionada em grande parte dos textos relacionados às três agendas sociais de desenvolvimento local, objetos deste estudo.

A análise da literatura sobre Cidades/Municípios Saudáveis, Agenda 21 Local e DLIS chama a atenção para os diversos autores que sinalizam que essas agendas buscam contribuir não só para um novo padrão de desenvolvimento como para o surgimento de novas institucionalidades e de uma nova forma de governar.

A complexidade dos problemas socioambientais que incidem sobre as condições de vida da população; o enfrentamento dos determinantes da saúde e das mazelas sociais necessita de transformações no aparato político e uma nova forma de gestão pública capaz de estabelecer políticas

públicas e ações intersetoriais provenientes da interlocução e pactuação dos diversos atores e setores da sociedade.

Esse novo tipo de gestão exige não só do poder local, mas de diferentes atores, o desempenho do papel de promotores e articuladores de políticas públicas, desde a sua definição até a implementação e monitoramento das políticas (WESTPHAL e PAIS, 2006).

Ainda em relação à intersetorialidade, Motta e Westphal, citadas por WESTPHAL (2000, p.49), falam das dificuldade dos municípios em colocar esta forma de gestão em prática. Salientam que experiências como a de Cidades/Municípios Saudáveis e Agenda 21 Local, ao tentarem inovar a relação Estado/sociedade civil, acabam enfrentando "uma contradição básica entre e a integralidade pretendida e a fragmentação imposta pela lógica das administrações municipalizadas, centralizadas e setorizadas (...) Sofrem permanente descontinuidade por falta de vontade política dos governos locais e da pequena mobilização popular em relação a esse projeto coletivo, que implica uma nova lógica de trabalho no aparato de um governo municipal, estadual e federal". (p.49)

JUNQUEIRA (1997), concordando com as autoras acima, afirma que a fragmentação das políticas públicas é uma realidade, e precisa ser superada no interior do aparelho público municipal. Diz a literatura que tal ocorrência se dá em municípios de pequeno porte, onde a visão fragmentada do gestor local sobre o real significado do desenvolvimento sustentável e a precariedade dos recursos humanos existentes nas prefeituras, impedem que o princípio da intersetorialidade seja colocado em prática (ZAPATA e col., 2001; IADH, 2004b).

O processo brasileiro de descentralização e redemocratização tem contribuído para o surgimento de diversas iniciativas de gestão compartilhada e para a valorização do local.

Neste contexto ao se considerar o espaço local como um marco estratégico na construção de um novo padrão de desenvolvimento e de novas práticas intersetoriais voltadas para a promoção da sustentabilidade ampliada e da eqüidade, destaca-se, como elemento-chave, a gestão social como uma forma de organização social e de relação entre o político, o econômico e o social. Ao contrário de políticas verticais oriundas de estruturas administrativas setoriais, é necessário uma forma de gestão integrada, com foco na realidade local e nas iniciativas de novos arranjos institucionais.

A questão da equidade como princípio condutor dessas agendas sociais é mais destacada nas propostas por Cidades/Municípios Saudáveis e muito pouco nos textos de Agenda 21 Local e de DLIS. A formulação de um novo padrão de desenvolvimento voltado para a promoção da eqüidade social, para o desenvolvimento humano e sustentável, requer compromisso e vontade política não só dos gestores como de seus secretários e da equipe técnica envolvida com a qualidade de vida da população, o que não é fácil conseguir tendo em vista essa cultura política. Nos municípios em que elas atuam, muitas vezes, o atendimento às necessidades básicas da população e o uso racional dos recursos naturais parecem não constar na agenda de prioridades das lideranças políticas locais. O que interessa parece ser o projeto de poder dos políticos.

Retomando os dados dos quadros 6, 8 e 10, e analisando o quanto a sustentabilidade aparece como objeto de discussão nos textos consultados, verificamos que esse princípio é bastante valorizado pelos textos de Agenda 21 Local, um pouco menos pelos autores que escreveram textos sobre a agenda DLIS e bem menos nas referências sobre Cidades/Municípios Saudáveis. Essa diferença foi apontada por KRANZ (2001). Segundo a autora, entre as diferenças mais importantes, está o fato de que a Agenda 21 Local se apóia na "perspectiva global e sua referência internacional", (...) dirige seu foco para o "desenvolvimento sustentável, a presença obrigatória

do governo – e as transformações pelas quais este deve passar ao longo do processo – e a execução pelos parceiros". Associa a sustentabilidade com a intersetorialidade, afirmando que as outras agendas não teriam a mesma priorização em relação a estes dois aspectos: "a ênfase dada à inclusão de todos os setores e os esforços que devem ser feitos nesse sentido e sua função como guarda-chuva integrador e sinérgico de programas dispersos" (KRANZ, 2001, p.129).

Esse posicionamento da autora, atribuindo somente à Agenda 21 Local o foco no desenvolvimento sustentável é o de muitos autores ligados à mesma agenda, e expressam a dificuldade de articulação e reconhecimento de benefícios de outras agendas sociais de desenvolvimento local.

Como forma de garantir a sustentabilidade desse processo emancipatório, é necessário o estabelecimento de ações capazes de contribuir para a ampliação de grupos organizados, habilitados para o gerenciamento de seus próprios projetos com autonomia, solidariedade, representando seus interesses coletivos e participando dos espaços de concertação de políticas públicas.

É importante ressaltar, mais uma vez, que os princípios da solidariedade e diversidade são mencionados vagamente em meio a outras considerações relacionadas com a sustentabilidade, participação social ou a intersetorialidade.

Merecem ser destacadas algumas referências que alguns autores de uma agenda específica fazem em relação às demais agendas do estudo.

De acordo com AKERMAN e col. (2004), "a complexidade dos problemas urbanos contemporâneos e as possibilidades oferecidas pelas cidades para a realização de projetos de melhoria da qualidade de vida fazem com que muitas cidades brasileiras insiram-se em movimentos por melhores

condições de vida filiando-se a distintas agendas sociais, como Cidades/Municípios Saudáveis e Agenda 21, entre outros" (p. 48).

Para dar conta dessa complexidade, os projetos de DLIS/PS, Comunidades Saudáveis e Agenda 21 Local, segundo BECKER e col. (2004), deslocam a intervenção social "em direção aos determinantes sociais, econômicos, políticos e comportamentais da saúde, o que envolve uma ação integrada e articulada de todos os setores da vida pública, com tônica na participação de sociedade civil e na estruturação de novas formas de governança baseadas na ação intersetorial" (p. 13).

ZANCAN e ADESSE (2004) argumentam que o DLIS apresenta pressupostos convergentes com a promoção da saúde. Para as autoras, essas duas propostas possuem "uma visão abrangente da saúde e seus fatores determinantes, qualidade de vida, justiça e igualdade social, sustentabilidade e integração. Também têm estratégias de ações similares, baseadas na participação popular e na colaboração intersetorial" (ZANCAN e ADESSE, 2004, p. 3).

De acordo com BUSS e RAMOS (2000, p.23), "a Agenda 21 - como o DLIS - prevê melhorias nas situações de ambiente e saneamento, saúde, educação, segurança pública, transporte, habitação, segurança alimentar e trabalho e renda". Segundo Ramos e Buss, "muitos autores e atores entendem a Agenda 21 e o Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (DLIS) como uma proposta única" (p. 22).

Esses dois últimos autores excluem a agenda de Cidades/Municípios Saudáveis do contexto das agendas sociais de desenvolvimento local.

Do ponto de vista dos teóricos e práticos envolvidos em processos de Cidades/Municípios Saudáveis, existe um desejo de aproximação com as outras agendas, mais especificamente, com a Agenda 21 Local.

MENDES e WESTPHAL (2000), após uma descrição sobre a agenda Cidades/Municípios Saudáveis, fazem uma referência à Agenda 21 e outras agendas sociais. De acordo com as palavras das autoras, a agenda Cidades/Municípios Saudáveis "soma-se", também, aos demais movimentos que ganharam destaque no fim do século 20 nas diferentes regiões do país e do mundo (como os de comunidades solidárias, cidades sustentáveis, cidades iluminadas e Agenda 21 local) e cujos objetivos levam em conta o desenvolvimento humano sustentável, a integração social e a governabilidade (p. 48).

Segundo JUNQUEIRA (2000), "por influência de órgãos internacionais e organizações não-governamentais, passou-se a difundir a proposta de desenvolvimento local sustentável como uma alternativa de solução a partir do trabalho pautado na realidade local. O paradigma da participação e da parceria passou a ser incorporado para a resolução dos problemas sociais mais imediatos" (JUNQUEIRA, 2000, p.118).

Nesse cenário, segundo o autor, "composto por movimentos setoriais, passou a incorporar a dimensão intersetorial como princípio de suas práticas" (p.118). Tal mudança, conforme Junqueira, "ainda incipiente, informa a Agenda 21 Local, promovida e encampada pela área de meio ambiente, e o Movimento Cidades/Municípios Saudáveis, promovido pela área da saúde" (p. 118). Esses dois movimentos, de acordo com o autor "possuem princípios, atitudes e dizeres que, aparentemente, se sobrepõem". JUNQUEIRA (2000, p.118).

De acordo com AKERMAN e col. (2004), "essas propostas, guardadas as suas especificidades, pressupõem pessoas vivendo no mesmo território, enfrentando problemas concretos que demandam novas formas de gestão local, baseadas na ação intersetorial, na participação social e na eqüidade

para a consecução dos objetivos da qualidade de vida" (AKERMAN e col., 2004, p.48).

A maioria delas, para enfrentar esses problemas, apóia-se em um modelo de desenvolvimento humanístico e sustentável, conforme conceituamos no Capítulo 2 deste trabalho, preocupado com o desenvolvimento das potencialidades dos indivíduos e das comunidades às quais pertencem e a construção da cidadania, contribuindo para a revisão da cultura política brasileira, clientelista e assistencialista, que naturaliza as desigualdades sociais no Brasil.

A agenda de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (DLIS) tem em relação às outras, Cidades/Municípios Saudáveis e Agenda 21 Local, conforme demonstramos nos resultados da análise bibliográfica, uma preocupação maior em promover o desenvolvimento econômico por meio do empreendedorismo sem se afastar da perspectiva humanística. Já a agenda Cidade/Município Saudável se preocupa em enfrentar os determinantes sociais da saúde e algumas delas enfatizam a superação das iniqüidades sociais. Quanto à Agenda 21 Local, o foco é a sustentabilidade ampliada em suas diferentes dimensões, colocando a questão ambiental como prioritária, mas utilizando-se de processos participativos e de construção do cidadão ao longo do seu desenvolvimento.

Nesse processo não se pode esquecer, como bem recorda MIRANDA e MAGALHÃES (2001), que o "elitismo atávico" da formação acadêmica dos técnicos, agentes indutores dessa agendas, também pode ser um agravante, uma vez que esse elitismo é um fator importante nas mazelas sociais brasileiras. De acordo com os autores, em geral, "quem se propõe a 'induzir' um processo de desenvolvimento está imbuído da certeza de que sabe mais sobre o mundo, a economia, a globalização" (p. 110). São, de acordo com Miranda e Magalhães, pessoas portadoras de projetos salvíficos: querem combater a pobreza. Essa postura, conforme os autores, emperra uma

atitude dialógica, por parte de técnicos e agentes governamentais e não governamentais. Para os autores, a questão não é negar o valor do conhecimento técnico ou acadêmico, "mas de colocá-lo no lugar de um dos saberes possíveis que, como todo conhecimento, é por definição, limitado" (p. 110).

Nesse contexto, depois de todas essas considerações, é desejável ou possível articular, promover a convergência de objetivos e práticas das três agendas estudadas? É possível porque as agendas trabalham processos de promoção do desenvolvimento permanentes e gradativos, utilizam estratégias semelhantes e obedecem a princípios e valores também não discrepantes. É difícil porque elas se centram na perspectiva do desenvolvimento local sustentável, focalizam objetos de trabalho diferentes a Cidades/Municípios Saudáveis tem como horizonte a melhoria da qualidade de vida, a Agenda 21 Local a sustentabilidade ampliada, e o DLIS, o desenvolvimento socioeconômico a partir do empreendedorismo. Essa priorização de focos estabelece um conflito entre essas agendas. Do nosso ponto de vista, é desejável que enfrentemos esse desafio e que possamos conjugar esforços para contribuir para o desenvolvimento sustentável brasileiro.

Há diversos autores que vêm atuando em torno da construção e implementação de agendas de desenvolvimento local, "nos programas, nas experiências, na pesquisa e na produção conceitual e em outros países coloca-se como uma necessidade facilitar e ampliar a interlocução entre esses atores homogêneos, de modo a gerar mais qualificação e consistência à questão do desenvolvimento local" (SILVEIRA, 2001a, p. 40).

Essa possibilidade de diálogo e articulação poderia, também, contribuir para a disponibilização de repertório voltado para a capacitação dos agentes indutores dessas agendas, da comunidade e dos diversos setores, da equipe técnica dos municípios envolvidos, assim como dos próprios gestores

locais. Nessa perspectiva, a troca de informações e conhecimentos, além de favorecer os projetos de construção e implementação dessa agenda e capacitar os atores envolvidos, também contribuiria para a mudança da cultura política, o surgimento de novos modelos mentais e de novas institucionalidades mais comprometidas com a busca da equidade social, com a criação de ambientes saudáveis e a promoção do desenvolvimento local sustentável.

Isso requer uma articulação intra-redes dessas agendas sociais e de propagação de novos hábitos e comportamentos políticos dos agentes indutores dessas agendas, dos gestores, dos cidadãos de um modo geral, e de uma ação pedagógica voltada para o diálogo, o aumento de suas capacidades para participar, negociar, controlar, influir nas decisões que afetam a qualidade de vida e o destino dos municípios no Brasil.

8 CONCLUSÕES

O presente estudo permitiu analisar e identificar as semelhanças e diferenças apresentadas pelas agendas sociais de desenvolvimento local: Cidades/Municípios Saudáveis, Agenda 21 Local e DLIS. Permitiu ainda analisar as possibilidades de articulação e convergência entre elas, o que teria um efeito sinérgico, e sua contribuição mais efetiva em termos de desenvolvimento local.

Em relação ao primeiro objetivo especifico proposto, foi apresentado um panorama atualizado da distribuição e da abrangência dessas agendas no território brasileiro. As informações obtidas foram geocodificadas e transformadas em mapas.

O panorama das agendas revelou que processos de DLIS e de Agenda 21 Local apresentam maior abrangência e estão presentes em todos os estados do Brasil. A agenda Cidades/Municípios Saudáveis apresenta menor abrangência e concentra-se mais na região Sul e Sudeste e nos estados do Ceará e Pernambuco.

Acreditamos que um dos fatores que contribuíram para a maior difusão do DLIS e da Agenda 21 Local foi o apoio que essas agendas obtiveram do governo federal. Conforme foi apontado anteriormente, o DLIS passou a ser experimentado em grande escala por meio do Programa Comunidade Ativa, do governo Fernando Henrique Cardoso, a partir de 1999. No governo atual, a partir de 2004, o Programa Agenda 21 passou a integrar o Plano Plurianual do Governo Federal - PPA 2004-2007 - tornando-se uma das bases para a formulação das políticas públicas estruturais do país no quadriênio 2004/2007. O foco da ação local, definido no Programa Agenda 21, e a criação de um processo de formação continuada em Agenda 21 local

têm contribuído para o surgimento de novos processos de construção de Agendas 21 Locais em todo o Brasil.

Em relação ao segundo objetivo específico, referente à análise dos marcos teóricos, princípios, valores e estratégias que as sustentam, verificamos que o processo metodológico e operacional de construção e implementação das agendas deste estudo são semelhantes. Todas elas trabalham com metodologias participativas; realizam atividades de sensibilização e mobilização; construção de uma visão de futuro; elaboração de um diagnóstico; elaboração de um plano de ação local para a construção de uma agenda e criação de um grupo gestor (fórum, comissão ou conselho) voltado para o monitoramento e a avaliação da implementação dessas agendas.

Conforme foi salientado na discussão, encontramos muitas semelhanças no referencial que as orienta e nas práticas utilizadas, mas também encontramos diferenças passíveis de serem conciliadas e até de serem compartilhadas, caso haja intenção de convergência entre os técnicos responsáveis, gestores, universidades, comunidades, organizações não-governamentais e demais setores sociais envolvidos nos processos de construção e implementação dessas agendas no Brasil.

No tocante ao terceiro objetivo específico, relativo à análise das dificuldades e desafios encontrados para a implementação dessas agendas, verificamos que elas apresentam os mesmos desafios a serem superados. Entre os quais, a manutenção da participação em todo o processo de construção das agendas; a cultura política tradicionalista, clientelista, assistencialista e centralizadora; a baixa credibilidade do poder público; a visão fragmentada do gestor local sobre o real significado do desenvolvimento sustentável e a precariedade dos recursos humanos existentes nas prefeituras; a priorização das questões econômicas e de infra-estrutura; a constituição de um grupo gestor (fórum, conselho ou comissão) plural, legítimo, representativo,

democrático e participativo, que contribua para a continuidade do processo iniciado com a construção dessas agendas.

Com relação ao quarto objetivo específico proposto, relacionado à identificação das possibilidades de diálogo e articulação das agendas para a formulação de políticas públicas e ações intersetoriais, verificamos que, embora essas agendas apresentem suas diferenças e peculiaridades, existe a possibilidade de serem conciliadas e até compartilhadas caso haja intenção de convergência.

Conforme foi salientado na discussão, a possibilidade de diálogo e articulação poderia também contribuir para a troca de experiências e metodologias; capacitação dos diversos atores sociais envolvidos nos processos dessas agendas sociais de desenvolvimento local; para a difusão dos princípios e valores necessários ao surgimento de uma nova cultura política, de novas institucionalidades e à formulação de políticas públicas e ações intersetoriais voltadas à promoção da equidade e ampliação das oportunidades e capacidades rumo a um desenvolvimento humano e sustentável.

9 REFERÊNCIAS

Abramovay R, Arbix G, Zilbovicius M, organizadores. Razões e ficções do desenvolvimento. São Paulo: Editora Unesp/EDUSP; 2001.

Adriano JR, Werneck GAF, Santos MA dos, Souza RC. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? Ciênc Saúde Coletiva. 2000; 3(1): 53-62.

Akerman M, Mendes R, Bógus CM, Westphal MF, Bichir A, Pedroso ML. Avaliação em promoção da saúde: foco no "município saudável". Rev Saúde Pública. 2002; 36 (5): 638-646.

Akerman M, Mendes R, Bógus CM. É possível avaliar um imperativo ético? Ciênc. Saúde Coletiva. 2004; 9(3): 605-615.

Akerman M. Saúde e desenvolvimento local: princípios, conceitos e práticas e cooperação técnica. São Paulo: Editora Hucitec/OPAS; 2005.

Almeida ES de. Cidade/Município Saudável: a questão estratégica, o compromisso político. Saúde Soc. 1997; 6: 71-81.

Andrade LOM, Barreto ICHC. Promoção da saúde e Cidade/Municípios Saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente. In: Minayo MCS, Miranda AC, organizadores. Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002. p.151-189.

Amim S. A economia política no secuol XX. In: Abramovay R, Arbix G, Zilbovicius M, organizadores. Razões e ficções do desenvolvimento. São Paulo: Editora Unesp/EDUSP; 2001. p. 179-195.

Arai VJ. Análise de um processo participativo na experiência de implantação de um projeto município saudável. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2002.

Arbix G, Zilbovicius M. Por uma estratégia de civilização. In: Abramovay R, Arbix G, Zilbovicius M, organizadores. Razões e ficções do desenvolvimento. São Paulo: Unesp/EDUSP; 2001. p. 55-69.

Barbieri JC. Desenvolvimento e meio ambiente: estratégias de mudança da Agenda 21. 2.ed. Petrópolis:Vozes; 1997.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2000.

Batista PI. Agenda 21 como instrumento de construção de sociedades sustentáveis. In: Hermanns K, Macedo M, organizadores. Agenda 21 Local – experiências da Alemanha, do Nordeste e Norte do Brasil. Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer; 2003. p. 13-22. (Série Debates, 25).

Bauman Z. Modernidade e ambivalência. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1999.

Becker D. No seio da família: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família [dissertação de mestrado]. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

Becker D, Edmundo K, Nunes NR, Souza R de. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local integrado e sustentável. Ciênc Saúde Coletiva. 2004; 9 (3): 655-667.

Bodstein R, Zancan L, Ramos CL, Marcondes WB. Avaliação da implementação do programa de desenvolvimento integrado em Manguinhos: impasses na formulação de uma agenda local. Ciênc. Saúde Coletiva. 2004; 9 (3):593-604.

Bógus CM, Westphal MF. Participação social. 2006. (no prelo).

Born RH. Agenda 21: Instrumento de transformações para sociedades sustentáveis. In: Hermanns K, Macedo M. Agenda 21 Local – experiências da Alemanha, do Nordeste e Norte do Brasil. Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer; 2003. p.23-33. (Série Debates, 25).

Boutilier M, Labonte R, Shelley C. Community as a health promotion setting. In: Green LW, Poland BD, Rootman I. organizers. Settings for health promotion: linking theory and practice. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 2000.

Brundtland GH. *Nosso Futuro Comum.* Rio de Janeiro: FGV; 1991.

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc. Saúde Col. 2000; 5(1):163-177.

Buss PM, Ramos CL. Desenvolvimento local e agenda 21: desafio da cidadania, In: Spitiz A, Peiter G, coordenadores. Desenvolvimento local. Rio de Janeiro: Oficina Oficial, Centro de Tecnologia, Trabalho e Cidadania; 2000. (Cadernos da Oficina Social, 3).

Buss PM, Ferreira JR. O que o Desenvolvimento Local tem a ver com a promoção da saúde? In: Zancan L, Bodstein R, Marcondes WB, organizadores. Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência de Manguinhos-RJ. Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ; 2002. p. 15-37.

Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM de, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2003. p.15 -38.

Buss PM. Determinantes sociais da saúde [apresentação na internet]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 2006 [acesso em 27 jun 2006]. Disponível em: http://www.determinantes.fiocruz.br/pps/apresentacoes/aula_Paulo_Buss.pps

Bursztyn MA, Rocha JD. A importância da participação social na sustentabilidade do desenvolvimento local. Interações. 2005; 7(11):45-52.

Calame P. Repensar a gestão de nossas sociedades: 10 princípios para a governança, do local ao global. São Paulo: Instituto polis; 2004.

Camargo A. A governança no Século 21. In: Trigueiro A, coordenador. Meio ambiente no século 21: 21 especialistas falam das questões ambientais nas suas áreas de conhecimento. Rio de Janeiro: Sextante; 2003. p. 306-321.

Camargo, A. A Agenda 21 e o desenvolvimento sustentável: o manifesto do neodesenvolvimento [texto na internet] Rio de Janeiro; s/d [acesso em 15 fev 2006] Disponível em: http://www.achegas.net/numero/quatro/aspasia_c.htm

Carmo, SCB. Câmara e Agenda 21 Regional: para uma rede de cidades sustentáveis [dissertação de mestrado]. São Carlos: Centro de Ciências Exatas e de Tecnologia/Programa de Pós-Graduação e Engenharia Urbana – UFSCar; 2004.

Castells M. A sociedade em rede. São Paulo: Paz e Terra;1999. (A era da informação: economia, sociedade e cultura, 1).

Cavalcante LOH, Ferraro Jr LA. Planejamento participativo: uma estratégia política educacional para o desenvolvimento local integrado e sustentável (relato de experiência do Programa Comunidade Ativa). Educ Soc. 2002; 23(81):161-190.

Cavalcanti C. Política de governo para o desenvolvimento sustentável. In: Cavalcanti C, organizador. Meio-ambiente, desenvolvimento sustentável e políticas públicas. 4. ed. São Paulo: Cortez; Recife: Fundação Joaquim Nabuco; 2002. p.21-40.

CDSS - Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde. Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde [texto na internet]. Rio de Janeiro; 2005. [acesso em dez 2005]. Disponível em: http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-2_CSDH_Conceptual %20Framework%20-%20tradu%C3%A7%C3%A3o%20APF.pdf

Celiberti L. Atores, práticas e discursos da participação. In: Teixeira AMC, organizadora. Os sentidos da democracia e da participação. São Paulo: Instituto Pólis; 2005. p. 51-58.

Cerqueira MT. Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas. In: Organización Mundial de la Salud. La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un analisis sectorial. Puerto Rico: Editorial de la Universidad de Puerto Rico/OPS; 1997. p. 7-48.

Chauí M. Considerações sobre a democracia e os obstáculos à sua concretização. In: Teixeira AMC, organizadora. Os sentidos da democracia e da participação. São Paulo: Instituto Pólis; 2005. p.23-30.

Cocco G, Galvão AP. Sobre a "tropicalização" do desenvolvimento local: algumas reflexões a respeito do modelo italiano. In: Silveira CM, Reis LC, organizadores. Desenvolvimento local dinâmicas e estratégias. Rio de Janeiro: RITS/Rede DLIS; 2001. p.69-84.

Coelho F. Desenvolvimento local e construção social: o território como sujeito. In: Silveira CM, Reis LC, organizadores. Desenvolvimento local dinâmicas e estratégias. Rio de Janeiro: RITS/Rede DLIS; 2001. p. 57-68.

Comarú FA. Políticas de habitação e desenvolvimento urbano em municípios saudáveis: o caso de Bertioga [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2004.

Compans R. Cidades sustentáveis, cidades globais: antagonismo ou complementaridade? In: Acserald H, organizador. A duração das cidades: sustentabilidade e risco nas políticas urbanas. Rio de Janeiro: DP&A; 2001. p. 105-137.

Comunidade Solidária. Relação de municípios selecionados pelo Programa Comunidade Ativa [base de dados na internet]. Brasília: Comunidade Solidária; 2001 [acesso em 12 abr 2006]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/estr_02/SecExec/Transf.htm

Conselho do Comunidade Solidária: dez consensos sobre o Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável [texto na internet]. Rio de Janeiro; 2003 [acesso em 26 abr 2006]. Disponível em: http://www.rededlis.org.br/textos_download.asp?action=lista&ordena=autor

Consórcio Parceria 21. IBAM-ISER-REDEH. Cidades sustentáveis: subsídios à elaboração da Agenda 21 Brasileira. Brasília: Ministério do Meio Ambiente, Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis; 2000.

Costa L, Fecuri J, Martinho C, coordenadores. Redes: uma introdução às dinâmicas da conectividade e da auto-organização. Brasília: WWF-Brasil; 2003.

Coutinho SMV. Análise de um processo de criação de indicadores de desenvolvimento sustentável no município de Ribeirão Pires – SP.

[dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2006.

Demo P. Participação é conquista: noções de política social participativa. São Paulo: Cortez: Autores Associados; 1998.

D´Araujo MCS. Capital social. Rio de janeiro: Jorge Zahar; 2003.

Dooris M. Healthy Cities and Local Agenda 21: the UK experience – chalenges for the new millenium. Health Promot Int. 1999; 14(4):365-375.

Dowbor L. O que é poder local. São Paulo: Brasiliense; 1994.

Dowbor L. Tendências da gestão social. Saúde Soc.1999; 8(1):3-16.

Dowbor L. A comunidade inteligente: visitando as experiências de gestão local. In: Spink P, Caccia Bava S, Paulics V, organizadores. Novos contornos da gestão local: conceitos em construção. São Paulo: Pólis/FGV-EAESP; 2002. p. 33-73.

Ferraz, ST. Cidades saudáveis: utopia ou nova postura frente à realidade? Jornal CONASEMS. 1993; p. 15

Ferraz ST. Rede Brasileira de Cidades Saudáveis: construindo novos atores para o século XXI. Jornal do CONASEMS, edição especial. 1998; p. 2.

Ferraz ST. Cidades saudáveis: uma urbanidade para 2000. Brasília: Paralelo 18; 1999.

Ferreira LC, Viola E, organizadores. Incertezas da sustentabilidade na globalização. Campinas: Editora da Unicamp; 1996.

Fonseca SB da. Introdução. In: Hermanns K, Kuster A, organizadores. Agenda 21 Local: gestão participativa dos recursos hídricos. Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer; 2003. p.13-16.

Fonseca SB da. Agenda 21 Local [texto na internet]. Brasília - DF; 2006 [acesso em 4 jul 2006]. Disponível em: http://www.mma.gov.br/ index.php ido= conteudo.monta&idEstrutura=18&idConteudo=1081

Fontes A, Velloso M, Diogo P. Estratégia de desenvolvimento local proposta pelo Programa Comunidade Ativa: potencialidades e entraves do DLIS [texto na internet]. Rio de Janeiro; 2004 [acesso em 8 set 2006]. Disponível em http://www.rededlis.org.br/textos_download.asp?action=lista&ordena=autor

Franco A de. Somente o desenvolvimento sustentável pode superar a pobreza no Brasil [texto na Internet]. Brasília; 1999. [acessado em 3 maio 2006].Disponível em: http://www.comunitas.org.br/docs/Somente_Des _Sust.pdf

Franco A de. Porque precisamos de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável. Brasília: Instituto de Política/Millenium; 2000.

Franco A de. *Capital social, sustentabilidade e comunalidade* [texto na internet]. Rio de Janeiro; 2001 [acesso em 21 mar 2005]. Disponível em: http://www.rededlis.org.br/textos_download.asp?action=lista&ordena=autor

Franco A de, Comunitas. Seminário: Fortalecendo a Sociedade e Promovendo Desenvolvimento: Diálogo a partir de Experiências e Idéias [texto na internet] São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004 [acesso em jun 2006]. Disponível em: http://parcerias.comunitas.org.br/arquivos/ 2004 09241920410.05dlis.pdf

Freire P. Pedagogia do oprimido. 17 ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra; 1987.

Freitag BR, Rouanet SP. Entrevista com Jürgen Habermas. Folha de São Paulo, 2005 abr 30; Caderno Mais.
Gentile M. Os desafios do município saudável. Promoção da saúde. 1999; (1):12-16.

Gentile M. Promoção da saúde e município saudável. São Paulo: Vivere; 2001.

Gohn MG. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. Saúde e Sociedade. 2004;13 (2): 20-31.

Gouveia N. Saúde e meio ambiente nas cidades: os desafios da saúde ambiental. Rev Saúde Soc. 1999; 8(1): 49-6.

Grupo de Trabalho de Promoção da Saúde e DLIS da ABRASCO. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Seminário Promoção da Saúde no contexto do Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável [texto na internet]. Rio de Janeiro; 2002 [acesso em 19 jan 2006]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/GTs /GT%20Promocao/Seminario%20da%20Promocao/Relatorio%201.pdf

Guimarães R, Maia KD. Padrões de produção e padrões de consumo: dimensões e critérios de formulação de políticas públicas para o desenvolvimento sustentável. In: Leroy, J, Maia K, Guimarães R, organizadores. Brasil século XXI: os caminhos da sustentabilidade cinco anos depois da Rio-92. Rio de Janeiro: Fase; 1997. p. 385-397.

Gutíerrez ML, Martínez E, García C, Velasco JR, Franco A, Cuéllar L. La promoción de salud. In: ARROYO, HV, Cerqueira, MT, organizadores. La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un

analisis sectorial. Puerto Rico: Editorial de la Universidad de Puerto Rico/OPS; 1997. p. 107-128.

Hermanns K, Arns PC, Kuster A, organizadores. Agenda 21 Local: orientações metodológicas para a construção e avaliação. Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer; 2004.

Hobsbawm E. A era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991. 2ed. São Paulo: Companhia das Letras; 1995.

IADH - Instituto de Assessoria para o Desenvolvimento Humano. Introdução: sustentabilidade e desenvolvimento. In: Hermanns K, Arns PC, Kuster A, organizadores. Agenda 21 Local: orientações metodológicas para a construção e avaliação. Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer; 2004a. p. 17-20.

IADH - Instituto de Assessoria para o Desenvolvimento Humano. Desafios e resultados de sustentabilidade no plano local. In: Hermanns K, Arns PC, Kuster A, organizadores. Agenda 21 Local: orientações metodológicas para a construção e avaliação. Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer; 2004b. p. 21-31.

IADH - Instituto de Assessoria para o Desenvolvimento Humano. Limitações das metodologias de construção e avaliação da Agenda 21 Local e reflexões para aperfeiçoamento In: Hermanns K, Arns PC, Kuster A, organizadores. Agenda 21 Local: orientações metodológicas para a construção e avaliação. Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer; 2004c. p. 33-40.

IADH - Instituto de Assessoria para o Desenvolvimento Humano. Metodologias de construção e avaliação da Agenda 21 Local: sistematização e recomendações para a pratica. In: Hermanns K, Arns PC, Kuster A, organizadores. Agenda 21 Local: orientações metodológicas para a

construção e avaliação. Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer; 2004d. p. 41-80.

ICLEI – Conselho Internacional para Iniciativas Ambientais Locais. O que é Agenda 21 Local? [texto na internet] Milford: ICLEI; 2006 [acesso em maio 2006]. Disponível em: http://www.iclei.org/index.php?id=1776

Inojosa RM. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. Rev Adm Pública. 1998; 32(2):35-48.

Inojosa RM. Movimento Municípios Saudáveis: aspectos legais relacionados à operacionalização e implementação do planejamento intersetorial. In: Seminário Nacional Movimentos Saudáveis: aspectos conceituais, legais e operacionais. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP; 1999.

Jacobs J. Morte e vida de grandes cidades. São Paulo: Martins Fontes; 2001.

Jacobi P. Poder local, políticas sociais e sustentabilidade. Rev Saúde Soc. 1999; 8(1): 31-48.

Jöst F. Realizando um mundo sustentável e o papel do sistema político na consecução de uma economia sustentável. In: Cavalcanti, C, organizador. Meio-ambiente, desenvolvimento sustentável e políticas públicas. 4. ed. São Paulo: Cortez; Recife: Fundação Joaquim Nabuco; 2002. p. 104-111.

Junqueira L. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade, Cidades Saudáveis. Rev Saúde Soc. 1997; 6(2): 31-46.

Junqueira RGP, Mattos LM. Intersetorialidade do ponto de vista da educação ambiental: um estudo de caso. Rev Adm Pública. 1998; 32(2):79-92.

Junqueira RGP. Agendas sociais: desafio da intersetorialidade na construção do desenvolvimento sustentável. Rev Adm Pública. 2000; 34(6):117-130.

Keinert TMM. Planejamento governamental e políticas públicas: a estratégia "Cidades Saudáveis". Saúde Soc. 1997; 6:55-64.

Kohler MCM. Agenda 21 Local: desafios da sua implementação. Experiências de São Paulo, Rio de Janeiro, Santos e Florianópolis [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2003.

Kohler MCM, Philippi Jr A. Agenda 21 como instrumento para a gestão ambiental. In: Philippi Jr A; Pelicioni MCF. Educação ambiental e sustentabilidade. Barueri: Manole/USP; 2005. p.713-735. (Coleção Ambiental, 3).

Kranz P. Agenda 21 Local: uma proposta de sustentabilidade. In: Silveira CM, Reis LC, organizadores. Desenvolvimento local: dinâmicas e estratégias. Rio de Janeiro: RITS/Rede DLIS; 2001. p. 129-140.

Kranz P. Uma proposta de sustentabilidade. Rev Sebrae [periódico na internet]. 2003 [acesso em 29 abr 2006]; n.8. Disponível em: http://www.sebrae.com.br/revistasebrae/08/artigodecapa_05.htm

Kranz P. Agendas 21 Locais: panorama no Brasil [texto na internet]. Rio de Janeiro; 2004 [acesso em 21 mar 2005]. Disponível em: http://www.rededlis.org.br/textos_download.asp?action=lista&ordena=autor

Krempel MC, Moysés ST, Moysés SJ. Intersetorialidade: estratégia para a construção de uma cidade saudável. A experiência de Curitiba. In: Sperandio

AMG, organizadora. O processo de construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis. Campinas: Unicamp; 2003. 1v. p.79-94.

Krutman MH, Bartholo Jr. RS. Porque e como estudar as melhores (e piores) práticas em projetos de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável (DLIS). In: Spitiz A, Peiter G, coordenadores. Desenvolvimento local: práticas inovadoras. Rio de Janeiro: Oficina Oficial, Centro de Tecnologia, Trabalho e Cidadania; 2000. (Cadernos da Oficina Social, 5). p. 93-106.

Krutman MH. Fatores Críticos no Êxito da Gestão de Projetos de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável. [tese de doutorado na internet]. Rio de Janeiro: Laboratório de Tecnologia e Desenvolvimento Social da Coordenação dos Programas de Pós-Graduação de Engenharia da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004 [acesso em 12 jul 2006]. Disponível em: http://www.coepbrasil.org.br/downloads/tese_henriette.doc

Labonte R. Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. Health Education Quarterly. 1994; 21(2):253-268.

Labonte R. Estrategias para la promoción de la salud en la comunidad. In: Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington DC: OPS; 1996. p. 153-65. (OPS - Publicacíon Científica y Técnica, 557).

Malik AM. Cidades Saudáveis. Estratégia em aberto. Saúde Soc. 1997; 6: 19-30.

Maricato E. Brasil, cidades: alternativas para a crise urbana. Petrópolis: Vozes; 2001.

Martinho C. Algumas palavras sobre rede. In: Silveira CM, Reis LC, organizadores. Desenvolvimento local: dinâmicas e estratégias. Rio de Janeiro: RITS/Rede DLIS; 2001. p. 24-30.

Martinho C. In: Costa L, Martinho C, organizadores. Redes – uma introdução às dinâmicas da conectividade e auto-organização. Brasília - DF: WWF Brasil; 2003.

Martins SROM. Desenvolvimento Local: questões conceituais e metodológicas. Interações. 2002; 3(5): 51-59.

Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: HUCITEC; 1996. (Saúde em Debate, 88).

Mendes EV. Cidade Saudável: Um pacto com a qualidade de vida. Jornal do CONASEMS, edição especial. 1998; p. 3.

Mendes R. Cidades Saudáveis no Brasil e os processos participativos: os casos de Jundiaí e Maceió [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2000.

Mendes R, Westphal MF. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. Rev Adm Pública. 2000; 34(6): 47-61.

Mendes R, Fernandez JCA. Subprefeituras da cidade de São Paulo e políticas públicas para a qualidade de vida. São Paulo: Cepedoc/Mídia Alternativa; 2003.

Mendes R, Bógus CM, Akerman M. Agendas urbanas intersetoriais em quatro cidades de São Paulo. Saúde Soc. 2004; 13 (1): 47-55.

Mendes R, Fernandez JCA. Práticas intersetoriais para a qualidade de vida na cidade. In: Capucci PF, Garibe Filho RN. Gestão local nos territórios da cidade: ciclo de atividades com as subprefeituras. São Paulo: Mídia Alternativa/Secretaria Municipal das Subprefeituras; 2004. p. 117-123.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 4ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1996.

Minayo MCS, Miranda AC, organizadores. Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2002.

Ministério do Meio Ambiente. Agenda 21 Brasileira: ações prioritárias. 2ª ed. Brasília - DF; 2002a.

Ministério do Meio Ambiente. Agenda 21 Brasileira: resultado da consulta nacional. 2ed. Brasília, DF; 2002b.

Ministério do Meio Ambiente. Cidades sustentáveis: subsídios à elaboração da Agenda 21 Brasileira. Brasília, DF; 2002c.

Ministério do Meio Ambiente. Agenda 21 e a sustentabilidade das cidades. Brasília, DF; 2003a.

Ministério do Meio Ambiente. Construindo a Agenda 21 Local. Brasília, DF; 2003b.

Ministério do Meio Ambiente. A Agenda 21, o semi-árido e a luta contra a desertificação. Brasília, DF; 2004. (Caderno de debate, 06).

Ministério do Meio Ambiente. Iniciativas regionais, estaduais e municipais de Agenda 21 [texto na internet]. Brasília: MMA; s/d [acesso em 21 dez 2005a]

Disponível em: http://www.mma.gov.br/index.php?ido=conteudo.monta&id Estrutura =18&idConteudo=1082

Ministério do Meio Ambiente. Aprovados princípios para rede nacional de Agendas 21 Locais [texto na internet]. Brasília: MMA; 2005b [acesso em 21 dez 2005b] Disponível em: http://www.mma.gov.br/index.php?ido=conteudo monta&idEstrutura=18&modulo=ultimas&idNoticia=155

Ministério do Meio Ambiente. A Agenda 21 e os Objetivos de Milênio: as oportunidades para o nível local. Brasília, DF; 2005c. (Caderno de debate, 07).

Ministério do Meio Ambiente. Agenda 21: articulando planos nos municípios. Brasília, DF; 2005d. (Caderno de debate, 08).

Ministério do Meio Ambiente. Passo a passo da Agenda 21 Local. Brasília, DF; 2005e.

Ministério do Meio Ambiente. Programa Agenda 21 – PPA [texto na internet]. Brasília: MMA; s/d [acesso em 5 abr 2006a]. Disponível em: http://www.mma.gov.br/index.php?ido=conteudo.monta&idEstrutura=18&idC onteudo=1239

Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé Bogotá. Trad. Fonseca LE. Brasília, DF; 2001.

Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde [texto na internet] Brasília – DF; 2006 [acessado em 05 out 2006] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria687_2006_anexo1.pdf#s earch=%22promocao%20da%20saude%20politica%20nacional%20minsiteri o%22

Miranda M, Magalhães P. Discutindo DLIS: reflexões a partir da metrópole. In: Silveira CM, Reis LC, organizadores. Desenvolvimento Local: Dinâmicas e Estratégias. Rio de Janeiro: RITS/Rede DLIS; 2001. p. 103-112.

Mochel FR, Lima JS. Agenda 21 Local no Maranhão: Estudos de caso no Norte/ Nordeste do Brasil. In: Hofmeister W, organizador. Rio + 10 = Joanesburgo Rumos para o Desenvolvimento Sustentável. Fortaleza: Fundação Konrad Adeanauer; 2002. p. 175-198. (Série Debates, 25).

Morin E. Introdução ao Pensamento Complexo. Lisboa: Instituto Piaget; 1991.

Motta MMR, Westphal MF, Bógus CM, Caracari AM. Panorama das Cidades Saudáveis no Brasil [apresentação visual]. São Paulo; s/d.

Moura MS, Castro R, Melo VP, Albertino J, Meira L. Desenvolvimento Local Sustentável: o que sinalizam as práticas [texto na internet] Rio de Janeiro; 2004 [acesso em abr 2006]. Disponível em http://www.rededlis.org.br/textos _download. asp?action=lista&ordena=autor

Novaes RC. Desenvolvimento sustentável na escala local: a Agenda 21 local como estratégia para a construção da sustentabilidade [dissertação de mestrado]. Campinas: Instituto de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual de Campinas; 2001.

Novaes W. Agenda 21: um novo modelo de civilização. Brasília – DF: MMA; 2003. (Caderno de debate, 02).

NUSP- Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social. Projetos Municípios Saudáveis no Nordeste do Brasil [homepage na internet]. Recife.

[acesso em 14 set 2006]. Disponível em: http://www.nusp.ufpe.br/projeto4.htm#locaisatuacao

Oakley P, Clayton A. Monitoramento, avaliação do empoderamento. São Paulo: INTRAC/ OXFAM/ Instituto Polis; 2003.

Oliveira F de. Paoli MC, organizadores. Os sentidos da democracia: políticas do dissenso e hegemonia global. 2ed. São Paulo: Vozes; 1999.

Oliveira F. Aproximações ao enigma: o que quer dizer desenvolvimento local? São Paulo: Instituto Pólis/Programa de Gestão Pública e Cidadania/ EAESP/FGV; 2001.

Oliveira FM de. Cidadania e cultura política no poder local. Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer; 2003.

OMS. Secretaria da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde. Ação sobre os determinantes sociais da saúde: aprendendo com as experiências [texto na internet]. Washington – DC: OMS. [acesso em 05 jul 2006]. Disponível em http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-1_Marmott-AÇÃO%20SOBRE%20OS%20DETERMINANTES%20SOCIAIS%20DA%20SAÚDE.pdf

OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde. Municípios e comunidades saudáveis: guia dos prefeitos para promover qualidade de vida. Brasília - DF: OMS; 2002.

OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde. Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental. Ambientes Saudáveis. Municípios, Cidades e Comunidades Saudáveis: recomendações sobre avaliação para formuladores de políticas nas Américas. Washington, DC: OPAS, 2005.

Paula J. DLIS passo a passo: Como atuar na promoção do desenvolvimento local integrado e sustentável. Brasília: Agência de Educação para o Desenvolvimento; 2002. (Coleção Fazendo Acontecer, 4).

Paula J de. Desenvolvimento é coisa séria [texto na internet] Rio de Janeiro; 2004 [acesso em 18 abr 2005]. Disponível em: http://www. rededlis. org.br/ textos download.asp?action=lista&ordena=autor

Paula J de. Desenvolvimento local & gestão compartilhada. In: Silveira CM, Reis LC, organizadores. Desenvolvimento local dinâmicas e estratégias. Rio de Janeiro: RITS/ Rede DLIS; 2001. p. 141-150.

Paula J de. Sebrae e desenvolvimento local [texto na internet] Rio de Janeiro; 2004 [acesso em 8 abr 2005]. Disponível em: http://www.rededlis.org.br/textosdownload.asp?action=lista&ordena=autor

Pelicioni MCF. Agenda 21, comunidade saudável e população indígena. In: Philippi Jr A; Pelicioni MCF. Educação ambiental e sustentabilidade. Barueri, Manole/USP; 2005 p.713-735. (Coleção Ambiental, 3).

Pereira IMTB, Penteado RZ, Marcelo VC. Promoção da saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. Mundo Saúde. 2000; 24 (1): 39-44.

Pinheiro MC. Equidade em saúde e as Conferências Nacionais de Saúde pós Constituição Federal de 1988. [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2003.

Pivetta F. Laboratório territorial como instância para a promoção da saúde – contribuição para a discussões a cerca do programa DLIS-Manguinhos. In: Zancan L, Bodstein R, Marconde WB, organizadores. Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência de Manguinhos-RJ. Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ; 2002. p. 247-271.

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Relatório de Desenvolvimento Humano 2002 [documento na internet]. Queluz: Mensagem: Serviços de Recursos Editoriais; 2002 [acesso em 02 set 2006]. Disponível em: http://www.pnud.org.br/rdh/integras/index.php?lay =inst&id= fuld #rdh2002

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. A democracia na América Latina: rumo a uma democracia para cidadãos e cidadãs. Trad. Mônica Hirts. Santana do Parnaíba, SP: LM & X, 2004.

Poland BD. Knowledge development and evaluation in, of and for healthy community initiatives. Part I: guiding principles. Health Prom. 1996; 11:237-244.

Poland BD. Knowledge development and evaluation in, of and for healthy community initiatives. Part II: potencial content foci. Health Prom.1996; 11: 341-349.

Prefeitura de Cratéus, Escola de Saúde Pública do Ceará. Projeto Crateús Saudável. Crateús; s.n; 1999.

Prefeitura Municipal de Chopinzinho. Chopinzinho: os caminhos do desenvolvimento rural. [folder] s/d.

Putnam RD. Comunidade e democracia: a experiência da Itália Moderna. 3a. ed. Rio de Janeiro: FGV; 2002.

Reis, VR dos, Assunção, JV de. Agenda 21: global, nacional e local. In: Associação Brasileira de Ecologia e de Prevenção à Poluição das Águas e do Ar – ABEPOLAR. Conferência Global para a Construção do Mundo

Sustentável. Global Conference Building a Sustainable World. São Paulo, ABEPOLAR, 2002.

Restrepo E. Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud [texto na Internet]. México,DF; 2000 [acesso em 05 jul 2006] Disponível em: http:// portal.saude. gov.br/ portal/arquivos/pdf/portaria687_2006_anexo1.pdf#search=%22promocao%20da%20saude%20politica%20nacional%20minsiterio%22

Restrepo E. Agenda para la acción en promoción de la salud. In: Restrepo E. H, Málaga, H, organizadores. Promoción de la salud: cómo construir una vida saludable. Bogotá: Editorial Medica Panamericana; 2001. p. 34-55.

Restrepo E, H Málaga H. Promoción de la salud: cómo construir una vida saludable. Bogotá: Editorial Medica Panamericana; 2001.

Restrepo EH. *Comentario sobre la Carta de Bangkok,* [texto online]. Reviews of Health Promotion and Education Online; 2005. [acesso en 12 maio 2006] Disponível em: http://www.rhpeo.org/reviews/ 2005/28/index.htm

RMPS – Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis. Municípios da Rede [texto na internet]. Campinas: RMPS; 2006. [acesso em 26 ago 2006]. Disponível em: http://www.redemunicipiosps.org.br/municipiosdarede.htm

Rumel D, Sisson M, Patrício ZM, Moreno RC. Cidade Saudável: relato de experiência na coleta e disseminação de informação sobre determinantes de saúde. Saúde Soc. 2005; 14(3):134-143.

Sacardo DP. Das políticas públicas às políticas públicas saudáveis: contribuições para a promoção da saúde. Mundo Saúde. São Paulo; 28(1):

Sachs I. Estratégias de transição para o século XXI: desenvolvimento e meio ambiente. São Paulo: Studio Nobel/Fundap; 1993.

Sachs I. Repensando o crescimento econômico e o progresso social : o âmbito da política In: Arbix G, Abramovay R, Zilbovicius M. Razões e ficções do desenvolvimento. São Paulo: Unesp/EDUSP. 2001. p. 155-163.

Sachs I. Desenvolvimento: includente, sustentável, sustentado. Rio de Janeiro: Garamond; 2004.

Sampaio PA de. Participação popular. In: Teixeira AMC, organizadora. Os sentidos da democracia e da participação. São Paulo: Instituto Pólis; 2005. p. 47-50.

Santos BS. Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002. Orçamento participativo em Porto Alegre: para uma democracia redistributiva; p. 457-559.

Santos BS. Avritzer L. Introdução: para ampliar o cânone democrático. In: Santos BS, organizador. Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002. p. 39-82.

Santos JLF, Westphal MF. Práticas Emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. Estud Avançados.1999;13(35). p.- 71-88.

Sen AK. Desenvolvimento como liberdade. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.

Sen AK. Desigualdade reexaminada. Rio de Janeiro: Record; 2001.

Sherer-Warren I. Movimentos sociais e participação. In: Sorrentino M, coordenador. Ambientalismo e participação na contemporaneidade. São Paulo: Educ/Fapesp; 2001. p. 41-56.

Sheth DL. Micromovimentos na Índia: para uma nova política participativa. In: Santos BS, organizador. Democratizar a democracia: os caminhos da democracia participativa. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2002. p. 85-131.

Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface – Comunic Saúde Educ 2003; 7 (12):101-22.

Silva M. O que é Agenda 21. Marcos referenciais do desenvolvimento sustentável [texto na internet]. Brasília,DF s/d [acesso em 11 maio 2006]. Disponível em: http://www.mma.gov.br/indexphp?ido=conteudo.monta&id Estrutura=18&idConteudo=597

Silveira, CM. Estratégias de apoio ao desenvolvimento local (Parte I). [texto na internet] Brasília- DF s/d [acesso em maio 2006]. Disponível em http://www.capitalsocial.org.br/v2/artigos/conteudo.php?id=673_0_137M

Silveira CM, relator. Desenvolvimento local no contexto metropolitano – documento síntese [texto na internet] Rio de Janeiro; 1999 [acesso em abr 2005]. Disponível em: http://www.rededlis.org.br/textos_download.asp? action=lista&ordena=autor

Silveira CM, Reis LC, organizadores. Desenvolvimento local: dinâmicas e estratégias. Rio de Janeiro: RITS/Rede DLIS; 2001

Silveira CM. Miradas, métodos, redes: o desenvolvimento local em curso. In: Silveira CM, Reis LC, organizadores. Desenvolvimento local: dinâmicas e estratégias. Rio de Janeiro: RITS/Rede DLIS; 2001a. p. 31-42.

Silveira CM. Parte I: ações cidadãs – conceitos e princípios. In: Spitz A, Peiter G, coordenadores. Multiplicadores comunitários de cidadania. Rio de Janeiro: Oficina Oficial, Centro de Tecnologia, Trabalho e Cidadania; 2001b. (Cadernos da Oficina Social, 8).

Silveira CM. Pobreza, desigualdade e desenvolvimento: desafios e nexos [texto na internet] Rio de Janeiro; 2001c [acesso em jul 2005]. Disponível em: http://www.rededlis.org.br/textos_download.asp?action=lista&ordena=autor

Silveira C, Bocayuva PCC, Zapata T. Ações Integradas e Desenvolvimento local: tendências, oportunidades e caminhos. In: Spink, P., Caccia Bava, S. & Paulics, V. Novos contornos da gestão local: conceitos em construção. São Paulo: Pólis; 2002.

Silveira CM, Bocayuva PCC. Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável: enfoque estratégico e construção de indicadores. [texto na internet] Rio de Janeiro; 2004 [acesso em 21 abr 2006]. Disponível em http://www.rededlis.org.br/textos_download.asp?action=lista&ordena=autor

Sirkis A. Ecologia urbana e poder local. Rio de Janeiro: Fundação Ondazul; 1999.

Sorrentino M. PROCAV educação ambiental: uma proposta aos "pedaços". Políticas Ambientais; 1999 (20): 8-9.

Sorrentino M. Avaliação de projetos participativos [texto na internet] São Paulo; 2004 [acesso em 10 fev 2006]. Disponível em: http://www.baciasirmas.org.br

Sorrentino M. Desenvolvimento sustentável e participação: algumas reflexões em voz alta [texto na internet]. São Paulo; 2004 [acesso em 10 fev 2006]. Disponível em: http://www.baciasirmas.org.br

Sorrentino M, Tassara ETO. Educando para o desenvolvimento sustentável. In: Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal. O município e o século XXI: cenários e perspectivas. São Paulo: CEPAM; 1999. p. 185-190.

Sperandio AMG, organizadora. O processo de construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis. Campinas: Unicamp; 2003. O desafio: promover a construção de uma rede de municípios com a participação de diferentes atores sociais. p. 13-21. v.1

Sperandio AMG, Correa CRS, Malo MS, Rangel HA. Caminho para a construção coletiva de ambientes saudáveis – São Paulo, Brasil. Ciênc Saúde Col. 2004; 9(3): 643-654.

Sperandio AMG. Relembrando os princípios da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis. In: Sperandio AMG, Malo M, organizadores. O Plano diretor: uma ferramenta para o desenvolvimento das políticas públicas de um município potencialmente saudável. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Departamento de Medicina Preventiva/ OPAS; 2006. 1v.

Strozzi JB, Giacomini M. Paraná: promoção da saúde. Jornal do Conasems; (Especial), ago. 1998.

Teixeira AMC, organizadora. Os sentidos da democracia e da participação. São Paulo: Instituto Pólis; 2005.

Terra O. Programa Comunidade Ativa. In: Spitiz A, Peiter G, coordenadores. Desenvolvimento local: práticas inovadoras. Rio de Janeiro: Oficina Oficial, Centro de Tecnologia, Trabalho e Cidadania; 2000. p.13-23. (Cadernos da Oficina Social, 5.).

Terris M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud publica. In: Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washington DC: OPS; 1992. p. 37-44. (Publicacíon Científica y Técnica, 557).

Toro B, Werneck ND. Mobilização social: um modo de construir a democracia e a participação. Belo Horizonte: Autêntica; 2004.

Trigueiro A, coordenador. Meio ambiente no século 21: 21 especialistas falam das questões ambientais nas suas áreas de conhecimento. Rio de Janeiro: Sextante; 2003.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Guia de Apresentação de Teses. 2ed. São Paulo: A Biblioteca; 2006.

Valadão MM. Saúde na Escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial. [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2004.

Valdivieso P. Capital social, crisis de la democracia y educación ciudadana: la experiencia chilena. Rev sociol polit. 2003; 21:13-34.

Van Begin G. Agenda 21 na Europa o balanço de um sucesso. In: Rio + 10= Joanesburgo rumos para o desenvolvimento sustentável. Fortaleza: Fundação Konrad Adeanauer; 2002. p.157-173. (Série Debates, 25).

Veiga JE da. Desenvolvimento sustentável: o desafio do século XXI. Rio de Janeiro: Garamond; 2005.

Viezzer M, Ovalles, O, organizadores. Manual Latino-americano de educação ambiental. Trad. Viezzer M, Trajber R. São Paulo: Gaia; 1994.

Wallerstein N. Empoderamiento, participación social e promoción de salud [apresentação visual na Internet]. Nuevo Mexico: Universidad de Nuevo México; 2005 [acesso em 8 set 2006]. Disponível em: http://www.cedaps.org.br/images/site%20novo/Oficina%20Territorialidade/1-Nina%20Wallerstein-Promo%C3%A7%C3%A3o%20da%20Sa%C3%BAde%20e%20Empowerment%20de%20Comuni.ppt

Westphal MF. Municípios saudáveis: aspectos conceituais. Rev Saúde Soc.1997; 6(2): 9-18.

Westphal MF, Motta RMM, Bogus C. Cidades Saudáveis: a formação de uma rede brasileira. Jornal do CONASEMS, edição especial. 1998; p.16-19.

Westphal MF, Ziglio E. Políticas públicas e investimentos: a intersetorialidade. In: Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal. O município e o século XXI: cenários e perspectivas. São Paulo: CEPAM; 1999. p. 111-133.

Westphal MF. O movimento municípios/cidades saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. Ciênc Saúde Coletiva. 2000; 5(1):39-51.

Westphal MF, Mendes R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. Rev. adm. pública. 2000; 34: 47-61.

Westphal MF Promoção de saúde e prevenção de doenças In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr, Carvalho YM de, organizadores. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec/FIOCRUZ; 2006. P. 635-667.

Westphal MF, Pais TD, organizadores. Capela Saudável: gestão de políticas públicas integradas e participativas. São Paulo: EDUSP; 2006. Introdução Qualidade de vida nas cidades brasileiras. p. 11-23.

Whitehead, M. The concepts and principles of equity and health. [texto na internet]. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 2000 [acesso em 26 abr 2006]. Disponível em: http://www.who.dk/Document/PAE/conceptsrpd414.pdf

WHO – World Health Organization. Health promotion evaluation: recommendations to policymakers [documento na internet]. Copenhagen: World Health Organization, European Working Group on Health Promotion Evaluation; 1998a [acesso em 15 abr 2006]. Disponível em: http://www.who.dk/document/e60706.pdf

WHO – World Health Organization. Health Promotion Glossary [glossário na internet]. Geneva: World Health Organization; 1998b [acesso em 29 set 2006]. Disponível em: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf

Xavier C. Cidade Saudável: uma filosofia e uma idéia. RADIS/FIOCRUZ. 2000; (19)3-6.

BIBLIOTECA / CIR
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Zancan L, organizadora. Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência de Manguinhos - RJ. Rio de Janeiro: ABRASCO/FIOCRUZ; 2002.

Zancan L. Cidades Saudáveis: a intersetorialidade como desafio para um novo modelo de gestão. In: Sperandio AMG, organizadora. O processo de construção da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis. Campinas: Unicamp; 2003. 1v. p.49-64.

Zancan L, Adesse L. Informe sobre a cooperação Brasil-Canadá em promoção da saúde. Ciênc Saúde Coletiva. 2004; 9 (3): 739-744.

Zapata T, Parente S, Arns PC, Arturo J, Osório C. Desenvolvimento local: estratégias e fundamentos metodológicos. In: Silveira CM, Reis LC, organizadores. Desenvolvimento Local Dinâmicas e Estratégias. Rio de Janeiro: RITS; 2001. p. 115-128.

Ziglio E, Hagard S, Mc Mahon L, Harvey S Levin L. Inversión en favor de la salud Inversión en favor de la salud. In: Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. México, DF; 2000.

Zioni F. Ciências sociais e meio ambiente. In: Philippi Jr A; Pelicioni MCF. Educação ambiental e sustentabilidade. Barueri: Manole/USP; 2005. p.40-57. (Coleção Ambiental, 3).

Anexo 1 - Relação das comunidades e municípios envolvidos com o processo de Agenda 21 Local de acordo com a consulta realizada pelo Ministério do Meio Ambiente em 2005.

Acre
Capixaba, *Mancio Lima

Pará
Arquipélago do Bailique (Delta do Amazonas), *Macapá no Estado do Amapá; Altamira, Ananindeua, Arquipélago do Mainique, Arquipélago do Marajó, *Aveiro, *Bom Jesus do Tocantins, *Brejo Grande do Araguaia, Breves, Curionópolis, *Dom Eliseu, Floresta do Araguaia, *Gurupa, *Itaituba, Itupiranga, Jacundá, Melgaço, *Muaná, Nova Ipixuna, *Novo Repartimento, *Piçarra, *Porto Moz, *Rondon do Pará, Santa Bárbara d'Oeste,, Santarém, São Domingos do Araguaia, *São Geraldo do Araguaia, São João do Araguaia, *Trairão, *Tucuruí, *Uruara, Vitória do Xingu.

Rondônia
*Castanheiras, Colorado do Oeste, *Ji-Paraná, *Ministro Andreazza, Nova União, *Ouro Preto do Oeste, *Pimenta Bueno, *Primavera de Rondônia, São Felipe D'Oeste, Vilhena,

Tocantins
Arapoema, Axixá, *Itaguatins, *Luzinópolis, *Sampaio, São Sebastião do Tocantins.

Alagoas
*Arapiraca, Coqueiro Seco, Cajueiro, Maragogi no Estado de Alagoas;

Bahia
Aiquara, Alagoinhas, América Dourada, Aramari, Bahia de Todos os Santos, Barra, Barra da Estiva, Barra do Choça/Iguaí (Choça e Iguaí), Barreiras, Belmonte, Boquira, *Brumado, Cabaçeiras do Paragaçu, Caculé, Canasvieras, Caravelas, Barra de Choça, Caturama, Chochorró, Conceição do Almeida, Conde, Costa do Descobrimento (Belmonte, Canasvieiras, Eunápolis, Itabela, Itajimorim, Itamaraju, Itapebi, Porto Seguro, Prado, Santa Cruz Cabrália), Costa dos Coqueiros, Cruz das Almas, *Curaçá, Eunápolis, Feira de Santana, Governador Mangabeiras, Guanambí, Ibiassucé, Ibotirama, Igaporá, Iguaí, Ilha de Itaparica, Ilhéus, Ipiau, Itabela, Itaberaba, Itabuna, Itajimorim, Itamaraju, Itapé, Itapebi, Jacarací, Jacobina, Jaguaquara, Jequié, Licínio de Almeida, Macaúbas, Maetinga, Maragogipe, Maraú, Mutuípe, Nova Redenção, Nova Viçosa, Paramirim, Piritiba, Porto Seguro, Prado, Região do Extremo Sul da Bahia (Prado, Alcobaça, Itamaraju e Ponta Corumbau), Sul da Bahia (Ilhéus, Ituberaba e Cairu), Riacho do Santana, Ribeirão do Largo, *Rio das Contas, Santa Cruz Cabrália, Santa Cruz da Vitória, Santa Luzia, Santa Rita de Cássia, Santa Terezinha, São Desidério, São Félix do Coribe, Tapiramutá, Ubaitaba.

Ceará
Aquiraz, Fortaleza, *Maranguape, *Merouca, Microrregião do Sertão Central, Pedra Branca, *Quixadá, *Sobral.

Maranhão
Alcântara, Região de Balsas (Sul do Maranhão), São Luiz.

Paraíba
Bacia do Rio do Peixe (Aparecida, Bernandino Batista, Bom Jesus, Cachoeira dos Índios, Cajazeiras, Lastro, Santa Helena, São João do Rio do Peixe, Sousa, Triunfo, Uiraúna, Marizopólia, Poço Dantas, Poço José de Moura, Santa Cruz, Vierópolis, Santarém, São Francisco), *Bayeaux, João Pessoa, *Lagoa Seca.

Pernambuco
Agreste Central, *Araripina,* Bacia do Pirapama (Cabo de Santo Agostinho, Jaboatão dos Guararapes, Ipojuca, Moreno, Escada, Vitória do Santo Antão e Pombos), *Cabo de Santo Agostinho, *Camaragibe, *Caruaru, *Escada,* Frei Miguelino, Goiana, *Igaraçu, Ilha de Itamaracá, Ipojuca, Jaboatão dos Guararapes, Litoral Norte, Moreno, *Olinda, Panelas,* Paulista, Petrolândia, *Petrolina, Pólo Gesseiro, Região de Aldeia (Camaragibe, São Lourenço, Pau Dalho, Recife, Paulista, Abreu Lima e Arasoiaba), Sertão Central, *Trindade, Vale do Alto Pajeú.

Rio Grande do Norte

Miguel Alves, Monsenhor Gil, *Parnaíba, Teresina no Piauí; *Açu, Baraúma, *Governador Dix Sept Rosado, *Grossos, *Maxaranguape, Natal, Nova Cruz, *Parnamirim.

Goiás
Águas Lindas de Goiás, Mineiros, Alto Paraíso, Nazário, Anápolis, *Pirenópolis, Aparecida de Goiás, São Miguel do Araguaia, Caldas Novas, Uruaçu, Diorama, Valparaíso de Goiás, *Goiânia, Iporá, Jataí, Luziania, Chapada dos Veadeiros, Entorno Goiano, Pólos de Goiás (Águas Lindas de Goiás, Alto Paraíso, Anápolis, Caldas Novas, Goiânia, Iporá, Jataí, Luziânia, Mineiros e Uruaçu).

Mato Grosso
*Alta Floresta, *Carlinda, Castanheira, Consórcio do vale do Guaporé, Cuiabá, *Denise, Guarantã do Norte, Juína, *Juruena, Lucas do Rio Verde, *Nova Olímpia, *Paranaíta, Pólos de Integração de MT/RO, Poxoréu, Santo Afonso, *São Félix do Araguaia, São José dos Quatro Marcos, Sapezal, Sinop, Terra Nova do Norte, *Xavantina.

Mato Grosso do Sul
Bacia do Rio Taquari, Bacia do Rio Vermelho, Bacias do Rio Apa e Miranda, Bela Vista, Bonito, *Campo Grande, Consórcio do Vale do Guaporé, Corumbá, Mundo Novo, São Gabriel do Oeste.

Paraná
Araponga, Araucária, Campina Grande do Sul, *Campo Mourão, *Chopinzinho, Curitiba, Francisco Beltrão, Ivaipora, Jacarezinho, Lapa, Londrina, Pato Branco, Ponta Grossa, *Pontal do Paraná, Porto Rico, São Pedro do Avaí, União da Vitória.

Santa Catarina
Anitápolis, Bacia do Itajaí, Bacia do Rio Camboriu, Bacia do Rio Chapecó, Bacia do Rio Cubatão, Bacia do Rio Tubarão, Bacias do Estado de Santa Catarina, Bacia do Rio Araranguá, Bacia do Rio Mampituba, Bacia do Rio Canoas, Bacia do Rio do Peixe e Bacias do Alto Paraguay, Biguaçu, Blumenau, *Bombinhas, Campo Erê, Consorcio da Bacia do Alto Rio Negro Catarinense, Consórcio Quiriri região Lagoa da Conceição, Florianópolis, *Itajaí, Joinville, Laguna, *Porto Belo, São José, São José dos Ausentes, São Francisco do Sul, *Xanxerê.

Rio Grande do Sul
Boa Vista do Cadeado, Bom Princípio, Cambará do Sul, Cassino, Comitê da Bacia do Rio Uruguai, Comitê das Bacias Litorâneas, Comitê da Bacia do Rio Guaíba, Porto Alegre, Santa Clara do Sul, Santa Cruz do Sul, Santa Vitória do Palmar, *Santana do Livramento, São Domingos do Sul, Terra de Areia, Torres, *Pelotas, *Vera Cruz.

Espírito Santo
Agenda Estadual do Espírito Santo, Afonso Cláudio, Águia Branca, Alegre, Alto Rio Novo, Apicá, *Aracruz, Bacia do Rio Doce, Bacia do Rio Machado, Biraçu, Bom Jesus do Norte, Brejetuba, Cachoeiro do Itapemirim, Colatina, Conceição da Barra, Consórcio do Rio São José (Águia Branca, Alto Rio Novo, Colatina, Linhares, Mantenópolis, Sooterama, Pancas, São Domingos do Norte, São Gabriel do Palha, Rio Bananal, Vila Valério), Consórcio do Rio Guandu (Afonso Cláudio, Brejetuba, Laranja da Terra), Costa do Descobrimento (Litoral Norte do ES, Conceição da Barra, São Mateus), Divino de São Lourenço, Dores do Rio Preto, Guaçuí, Ibatiba, *Ibiraçu, Ibitirama, Irupi, Iúna, *João Neiva, Laranja da Terra, Linhares, Mantenópolis, Mimoso do Sul, Mucurici, Muniz Freire, Nova Venécia, Pancas, Porto Belo, Presidente Kennedy, Rio Bananal, São Domingos do Norte, São Gabriel do Palha, São José do Calçado, São Mateus, Serra, Sooretama, *Sul do Espírito Santo (Dores do Rio Preto, Guaçuí, São José do Calçado, Divino de São Lourenço, Alegre, Ibitirama, Ibatiba, Irupi, Iúna e Muniz Freire), *Venda Nova do Imigrante, Vera Cruz, Vila Valério, *Vila Velha.

Minas Gerais
*Acaiaca, Aguanil, Alfenas, Alterosas, Alto Caparão, Alvarenga, Areado, *Bacia do Rio Caratinga (Alvarenga, Caratinga, Conselheiro Pena, Dom Cavati, Domingos das Dores, Entre Folhas, Imbé de Minas, Inhapim, Piedade de Caratinga, Santa Bárbara do Leste, Santa Rita de Minas, São Domingos das Dores, São Sebastião da Anta, Tarumirim, Tumiritinga, Ubaporanga), Bacia do Rio Machado, Bacia do Rio Meio Paraíba, Bacia do Rio Paraopeba (Ouro Branco, Congonhas, Conselheiro Lafayette) Microregião de Médio Rio Doce, Bairro da Pampulha, Barra, Belo Horizonte, *Betim, Boa Esperança, Cabo Verde, Caiana, Campo Belo, Campo de Meio, Campos Gerais, Cana Verde, Candeias, Capitólio, Caratinga, Carmo do Rio Claro, Consórcio de Municípios da Bacia do Rio Itabapoana, Elói Mendes, Entre Folhas, *Espera Feliz, Formiga, Glória, *Governador Valadares, Guapé, Ilicínia, Imbé de Minas, Inhapim, Itanhomi, *Iturama, Juiz de Fora, Lavras, *Limeira do Oeste,* Machado, Mariana, Monte Belo, Nazareno, Nepomuceno, *Nova Era, Nova Guarita, *Nova Lima, Ouro Branco, Ouro Preto, Paracatu, Paraguassu, Perdões, Piedade de Caratinga, Pimenta, Recorte Regional Agenda 21 Regional, Região do Lago de Furnas (Aguanil, Alfenas, Alterosas, Areado, Boa Esperança, Cabo Verde, Campo Belo, Campo de Meio, Campos Gerais, Cana Verde, Candeias, Capitólio, Carmo do Rio Claro, Coqueiral, Cristais, Divisa Nova, Elói Mendes, Fama, Formiga, Guapé, Ilicínia, Lavras, Machado, Monte Belo, Nepomuceno, Paraguaçu, Perdões, Pimenta, Rio Vermelho, Glória, Barra, Serrania, Três Pontas e Varginha), Rio Vermelho, Salinas, Santa Bárbara do Leste, Santa Rita de Minas, São Domingos das Dores, São Sebastião do Anta, Serrania, Sete Lagoas, Tarumirim, Ubaporanga, *Vale do Jequitinhonha (Agenda do Rio Fanado), Varginha, Virgolândia.

Rio de Janeiro
Armação dos Búzios, Baia de Guanabara, *Bairro de Santa Teresa, Barra Mansa, Bom Jesús de Itabapoana, Cachoeiras de Macacu, *Carapebus, Casimiro de Abreu, Campos dos Goytacases, Duque de Caxias, Guaratiba, Iguaba Grande, Ilha Grande, Ilha de Paquetá, *Itaboraí, Itatiaia, Itaocara, Leste da Guanabara, Mauá, *Macaé, Mesquita, Niterói, *Nova Friburgo, Pinheral, *Paty do Alferes, Parati, Petrópolis, Piraí, Porcíuncula, Porto Real, Quatis, Queimados, Região Fluminense, Resende, *Reserva Ecológica Guapi-Açu, Rio Claro, Rio de Janeiro, São Francisco de Itabapoana, Teresópolis, Vassouras, Varre-Sai, Volta Redonda.

São Paulo
Apiaí, Araçatuba, Araraquara, Atibaia, Bacia do Rio Piracicaba, Baixada Santista (Cubatão, Bertioga, Itanhaém, Guarujá, Mongaguá, Santos, Peruíbe e São Vicente), Barueri, Barra do Turvo, Bom Jesus dos Perdões, Bragança Paulista, Brotas, Campinas, Cananéia, Capivari, *Cooperativa do Pólo Hidroviário de Araçatuba (Araçatuba, Birigüi, Guararapes, Rubiácea, Bento de Abreu, Valparaíso, Lavínia, Mirandópolis), Eldorado, *Guará, Guarulhos, Iguapé, *Ilha Bela,* Iporanga, Itanhaém, Itariri, Jacupiranga, Joanopólis,

Jundiaí, Juquiá, *Lençóis Paulista, Lorena, Marília, Meridiano, Miracatu, Nazaré Paulista, Pariquera-Açu, Pedra Bela, Pedro de Toledo, Peruíbe, *Pilar do Sul, Pinhalzinho, Piracicaba, Pontal do Paranapanema, Quilombolas, Ribeira, Ribeirão Pires, Registro, Santo André, Santos, São José do Rio Preto, São Lourenço da Serra, São Paulo, Sete Barras, Subprefeitura da Lapa, Taquaritinga, Vale do Ribeira (Cananéia, Iguapé, Peruíbe, Itariri, Pedro de Toledo, Miracatu, Juquiá, Sete Barras, Registro, Jacupiranga, Eldorado, Pariquera-Açu, Barra do Turvo, Apiaí, Iporanga e Ribeira), Vargem.

Fonte: MMA (2005a)

Os municípios com (*), listados acima, possuem financiamento do Fundo Nacional do Meio Ambiente.

Anexo 2 - Relação de municípios participantes do Programa Comunidade Ativa no território brasileiro:

Acre
Acrelândia, Assis Brasil, Brasiléia, Bujari, Capixaba, Cruzeiro do Sul, Epitaciolândia, Feijó, Jordão, Mâncio Lima, Manoel Urbano, Marechal, Thaumaturgo, Plácido de Castro, Porto Acre, Porto Walter, Rio Branco, Rodrigues Alves, Santa Rosa do Purus, Sena Madureira, Senador Guiomard, Tarauacá e Xapuri.

Amazonas
Atalaia do Norte, Itamarati, Manacapuru, Maués, São Gabriel da Cachoeira, Carauari, Eirunepé, Envira, Guajará, Ipixuna, Juruá e
Silves

Amapá
Laranjal do Jarí, Mazagão, Oiapoque, Tartarugalzinho, Vitória do Jarí, Amapá Calçoene, Cutias, Ferreira Gomes, Itaubal, Pedra Branca do Amaparí, Porto Grande, Pracuúba e Serra do Navio

Pará
Augusto Corrêa, Marabá / Murumuru, Marabá / Brejo do Meio, Ourém, São Félix do Xingu, Viseu, Água Azul do Norte, Brejo Grande do Araguaia, Breu Branco, Colares, Curuçá, Igarapé-Miri, Itupiranga, Jacareacanga, Jacundá, Magalhães Barata, Maracanã, Marapanim, Mocajuba, Moju, Monte Alegre, Muaná, Oeiras do Pará, Palestina do Pará, Piçarra, Placas, Portel, Porto de Moz, Prainha, Primavera, Quatipuru, Rurópolis, Santa Luzia do Pará, Santarém Novo e São Geraldo do Araguaia.

Rondônia
Cacoal, Espigão D'Oeste, Jaru, Machadinho D'Oeste, Pimenta Bueno, Alvorada D'Oeste, Costa Marques, Mirante da Serra, Nova Brasilândia D'Oeste, Nova União, Presidente Médici, Santa Luzia D'Oeste, São Francisco do Guaporé, São Miguel do Guaporé, Seringueiras, Teixeirópolis, Theobroma, Urupá, Vale do Paraíso.

Roraima
Caroebe, Iracema, Mucajaí, Rorainópolis, São Luiz, Alto Alegre, Bonfim, Cantá, Normandia, Uiramutã, Amajari, Caracaraí, Pacaraima e São João da Baliza.

Tocantins
Araguacema, Araguatins, Dois Irmãos do Tocantins, Praia Norte, Sampaio, Augustinópolis, Buriti do Tocantins, Carrasco Bonito, Esperantina, Itaguatins, Maurilândia do Tocantins, São Miguel do Tocantins, São Sebastião do

Tocantins e Sítio Novo do Tocantins.

Alagoas
Água Branca, Arapiraca, Cajueiro, Jaramataia, Maragogi, Atalaia, Cacimbinhas, Capela, Chã Preta, Coité do Nóia, Coqueiro Seco, Delmiro Gouveia, Estrela de Alagoas, Feliz Deserto, Igaci, Igreja Nova, Inhapi, Limoeiro de Anadia, Major Isidoro, Marechal Deodoro, Messias, Murici, Olho d'Água do Casado, Olivença, Palestina, Pão de Açúcar, Pariconha, Pilar, Piranhas, Poço das Trincheiras, Porto de Pedras, Porto Real do Colégio, Santana do Ipanema, São Brás, São Luís do Quitunde, São Sebastião, Teotônio Vilela, Viçosa e Ouro Branco.

Bahia
Caraíbas, Caturama, Novo Horizonte, Piraí do Norte, Quixabeira, Abaíra, Abaré, Almadina, Andaraí, Andorinha, Apuarema, Araçás, Aratuípe, Belo Campo, Bonito, Buritirama, Caatiba, Chorrochó, Curaçá, Glória, Macururé, Paulo Afonso, Rodelas, Vereda, Anagé, Anguera, Antônio Cardoso, Aracatu, Banzaê, Bom Jesus da Serra, Boninal, Botuporã, Brotas de Macaúbas, Cabaceiras do Paraguaçu, Caem, Caetanos, Caldeirão Grande, Campo Alegre de Lourdes, Candeal, Catolândia, Cordeiros, Coronel João Sá, Cravolândia, Dário Meira, Fátima, Feira da Mata, Filadélfia, Gavião, Gentio do Ouro, Guajeru, Heliópolis, Ibiassucê, Ibiquera, Ibitiara, Igrapiúna, Irajuba, Itaguaçu da Bahia, Itatim, Jaborandi, Jucuruçu, Jussiape, Lafaiete Coutinho, Lagoa Real, Lajedo do Tabocal, Lamarão, Maetinga, Malhada de Pedras, Marcionílio Souza, Matina, Mirangaba, Mirante, Morpará, Mulungu do Morro,Muquém de São Francisco, Nordestina, Nova Ibiá, Nova Redenção, Novo Triunfo, Oliveira dos Brejinhos, Ourolândia, Pedro Alexandre, Piatã, Pilão Arcado, Pindobaçu, Piripá, Ponto Novo, Presidente Jânio Quadros, Presidente Tancredo Neves, Quijingue, Ribeira do Amparo, Ribeirão do Largo, Rio do Antônio, Santa Brígida, Santanópolis, São Félix do Coribe, São José da Vitória, São José do Jacuípe, São Miguel das Matas, Saúde, Sítio do Mato, Sítio do Quinto, Souto Soares, Tremedal, Umburanas e Varzedo.

Ceará
Acaraú, Beberibe, Nova Olinda, Pereiro, Viçosa do Ceará, Alcântaras, Amontada, Apuiarés, Aratuba, Barro, Barroquinha, Caridade, Caririaçu, Chorozinho, Farias Brito, Frecheirinha,Guaiúba, Guaramiranga, Independência, Ipueiras, Irauçuba, Itapagé, Jaguaribara,, Orós, Pacoti, Palmácia, Pentecoste, Quixelô, Tejuçuoca e Várzea Alegre.

Maranhão
Anajatuba, Cajari, Cantanhede, Lago do Junco, Santa Luzia, Alcântara, Araioses, Axixá, Barreirinhas, Belágua, Brejo, Chapadinha, Fortuna, Humberto de Campos, Magalhães de Almeida, Matões do Norte, Morros,

Nina Rodrigues, Paulino Neves, Santa Quitéria do Maranhão, São Bernardo, São Félix de Balsas, São João Batista, Tutóia e Vargem Grande.

Paraíba
Araruna, Bananeiras, Cacimba de Dentro, Picuí, Queimadas, Areial, Aroeiras, Baía da Traição, Bernardino Batista, Boqueirão, Capim, Conde, Esperança, Gurinhém, Itabaiana, Lucena, Manaíra, Nova Floresta, Nova Olinda, Pedro Régis, Pombal, Rio Tinto, São Bentinho, São José dos Ramos e Umbuzeiro.

Pernambuco
Araripina, Belém de Maria, Belém de São Francisco, Cabrobó, Capoeiras, Afrânio, Águas Belas, Altinho, Betânia, Bonito, Buíque, Carnaubeira da Penha, Custódia, Floresta, Iati, Ibimirim, Inajá, Itacuruba, Jatobá, Orocó, Passira, Petrolândia, Santa Maria da Boa Vista, Tacaratu, Terezinha, Terra Nova e Tupanatinga.

Piauí
Barras, Bocaina, Luís Correia, Monsenhor Hipólito, São Gonçalo do Piauí, Alto Longa, Altos, Batalha, Cajueiro da Praia, Campo Largo do Piauí, Demerval Lobão, Domingos Mourão, Esperantina, Joaquim Pires, Madeiro, Morro do Chapéu do Piauí, Nossa Senhora dos Remédios, Porto, São João da Serra, São João do Arraial e União.

Rio Grande Do Norte
Brejinho, Campo Redondo, São Miguel, São Paulo do Potengi, Serrinha, Afonso Bezerra, Angicos, Ares, Boa Saúde, Bodó, Cerro Corá, Encanto, Goianinha, João Câmara, José da Penha, Lagoa de Pedras, Lajes, Lucrecia, Macaíba, Monte Alegre, Passagem, Pedra Grande, Portalegre, Santa Cruz, Santana do Seridó, São Bento do Norte, São Miguel de Touros, Senador Georgino Avelino, Taipu, Tenente Laurentino Cruz, Tibau do Sul, Umarizal, Venha-Ver e Extremoz.

Sergipe
Estância, Ilha das Flores, Laranjeiras, Porto da Folha, Própria, Brejo Grande, Canindé de São Francisco, Capela, Gararu, Macambira, Monte Alegre de Sergipe, Neópolis, Nossa Senhora da Glória, Poço Redondo, Riachão do Dantas.

Distrito Federal
Brazilândia, Paranoá, Riacho Fundo, Areial, Expansão de Samambaia, Fercal, Varjão e Vila Buritis.

Goiás
Águas Lindas de Goiás, Alto Paraíso de Goiás, Cavalcante, Colinas do Sul, Nova Roma, Novo Gama, Padre Bernardo, Planaltina, São Gabriel de Goiás/Planaltina, Santo Antônio do Descoberto, São João d'Aliança,

Teresina de Goiás, Alexânia, Alvorada do Norte, Buritinópolis, Damianópolis, Divinópolis de Goiás, Flores de Goiás, Guarani de Goiás, Iaciara, Mambaí, Mimoso de Goiás, Monte Alegre de Goiás, Posse, São Domingos, Simolândia e Sítio d'Abadia.

Mato Grosso Do Sul
Angélica, Bataguassu, Nioaque, Porto Murtinho, Sete Quedas, Anastácio, Anaurilândia, Bataiporã, Bodoquena, Bonito, Caarapó. Caracol, Corguinho, Ivinhema, Japorã, Jardim, Jateí, Maracaju, Nova Alvorada do Sul, Nova Andradina, Novo Horizonte do Sul, Paranhos, Rio Brilhante, Santa Rita do Pardo, Sidrolândia, Tacuru e Taquarussu.

Mato Grosso
Confresa, Jauru, Peixoto de Azevedo, Poxoréo, Tesouro, Acorizal, Alto Paraguai, Barão de Melgaço, Chapada dos Guimarães, Jangada, Nobres, Nossa Senhora do Livramento, Planalto da Serra, Rosário Oeste, Santo Antônio do Leverger e São José do Povo.

Espírito Santo
Castelo, Iconha, Marechal Floriano, Montanha, São Gabriel da Palha, Águia Branca, Alegre, Fundão, Ibiraçu, Ibitirama, Jaguaré e Muniz Freire.

Minas Gerais
Caraí, Chapada do Norte, Minas Novas, Santo Antônio do Jacinto, Setubinha, Angelândia, Berilo, Capelinha, Catuji, Francisco Badaró, e Veredinha.

Rio De Janeiro
Araruama, Bom Jardim, Santa Maria Madalena, São Fidélis, Saquarema, Bom Jesus do Itabapoana, Cardoso Moreira, Italva
Laje do Muriaé, Natividade, Porciúncula, São José de Ubá, Varre-Sai e Paracambi.

São Paulo
Apiaí, Capão Bonito, Itaporanga, Ribeirão Branco, Sete Barras, Areias, Barão de Antonina, Barra do Chapéu, Barra do Turvo, Bom Sucesso de Itararé, Buri, Cajati, Cananéia, Coronel Macedo, Cunha, Eldorado, Guapiara, Iguape, Ilha Comprida, Itaberá, Itaóca, Itapirapuã Paulista, Itararé, Itariri, Jacupiranga, Juquiá, Juquitiba, Lagoinha, Miracatu, Monteiro Lobato, Natividade da Serra, Nova Campina, Pariquera-Açu, Pedro de Toledo, Queluz, Ribeira, Riversul, Santo Antônio do Pinhal, São Bento do Sapucaí, São Lourenço da Serra, São Luís do Paraitinga, São Miguel Arcanjo, Silveiras, Tapiraí, Taquarivaí, Nazaré Paulista e Pedra Bela.

Paraná
Barracão Iretama, Ortigueira, Reserva, Salgado Filho, Barbosa Ferraz, Bituruna, Boa Vista da Aparecida, Clevelândia, Conselheiro, Manoel Ribas, Pinhão, Planalto, Turvo e Ribeirão do Pinhal

Santa Catarina
Cerro Negro, Entre Rios, Garopaba, Timbé do Sul, Timbó Grande, Anita Garibaldi, Bela Vista do Toldo, Bom Jardim da Serra, Bom, Brunópolis, Calmon, Campo Belo do Sul, Capão Alto, Celso Ramos, Irineópolis, Lebon Régis, Matos Costa, Monte Castelo, Painel, Palmeira, Rio Rufino, Santa Terezinha, São José do Cerrito, Três Barras, Urubici, Urupema e São Joaquim.

Rio Grande Do Sul
Cândido Godói, Canguçu, Fontoura Xavier, Pantano Grande, São Pedro do Sul, Alpestre, Arambaré, Caçapava do Sul
Dom Feliciano, Erval Seco, Esmeralda, Hulha Negra, Itaqui, Lavras do Sul, Liberato Salzano, Miraguaí, Nonoai, Quaraí
Redentora, São Francisco de Assis, São Miguel das Missões, São Nicolau, São Vicente do Sul, Seberi eTenente Portela.

Fonte: Comunidade Solidária (2001).