

CIDADES SAUDÁVEIS

ESTRATÉGIA EM ABERTO

*Ana Maria Malik **

Resumo: O conceito de saúde vem assumindo novas dimensões com o desenvolvimento do conhecimento científico em função da cultura das populações e do reconhecimento de suas determinações biopsicossociais e econômicas no mundo contemporâneo. A questão da qualidade vem se impondo e reorientando os diferentes campos de ação, inclusive o da saúde. A proposta do movimento/programa/projeto "Cidades Saudáveis" vem se conformando e sendo assumido como uma nova forma de gestão municipal e de conquista da cidadania pela população brasileira. A adesão a esta proposta exige a aceitação de novos conceitos e valores tanto por parte dos governantes como da população, entre eles a intersectorialidade, que se constitui num processo experiencial de longo prazo e difícil de ser concretizado. A avaliação constante do processo e resultados poderão colaborar para que esta proposta se torne viável.

Palavras chave: Saúde; Cidades Saudáveis; Qualidade Total; Intersetorialidade

* Professora adjunta da Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas; diretora do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (PROAHSA), Av. 9 de Julho 2029, 5. andar, CEP 01313-902 São Paulo - São Paulo Brasil

O CONCEITO DE SAÚDE

Com o passar dos anos, o conceito de saúde assume diferentes formatos. Uma das definições mais comuns é associada à ausência de doença, que em algumas culturas se atribui “ao acaso” e em outras é considerada como fruto da organização social. A própria OMS, quando apresentou sua definição, já tradicional (embora não hegemônica), de saúde como o completo estado de bem estar físico, mental, espiritual, começa sua exposição de motivos negando que saúde seja ausência de doença (MALIK, 1995).

Na nossa realidade, segundo a Constituição brasileira de 1988 (a Constituição cidadã), saúde é associada a uma série de direitos de cidadania. Aliás, saúde é vista também, ela mesma, como um direito. Este preceito tem sido objeto de admiração quando apresentado em outros países, pois é apresentado com suas premissas, de universalidade e equidade. No entanto, saltam aos olhos as dificuldades de cumprir este direito, ou melhor em concretizar esta perspectiva conceitual, pois as condições em que as pessoas vivem e trabalham são essencialmente diferentes, seus patrimônios genéticos são distintos, seus hábitos variam com as tradições culturais. O acesso a cuidados e serviços de saúde, a rigor dependente dos tomadores de decisão do poder público, seria dos mais fáceis de solucionar. A multi-determinação da saúde (DEVER, 1988), em relação à qual o peso do social é preponderante tem sido exaustivamente discutida, mas daí a se tomarem decisões políticas para que o modus vivendi de uma sociedade seja semelhante e, portanto, saúde seja um atributo de todos, é um grande desafio.

O que se argumenta porém é que a determinação não é direta nem unívoca. Trata-se de condições ou fatores de risco, que podem ou não se concretizar como saúde ou doença. Um grande fumante pode chegar a uma idade avançada; um atleta pode ter problemas cardio-circulatórios; passageiros com cinto de segurança podem ter acidentes automobilísticos sérios com consequências sérias para sua saúde. Estes exemplos são certamente exceções, que tem sua probabilidade de ocorrência. Certeza absoluta não existe, mas é possível trabalhar com dados estatísticos, probabilidades e o conhecimento estabelecido. Cada vez busca-se mais a redução da incerteza, mas se reconhece a impossibilidade da garantia de resultados. Um avanço, para os cientistas sociais, é a percepção de que conhecer mais não significa controlar a realidade. Significa apenas a possibilidade de compreendê-la e reconhecer seus limites.

QUALIDADE E SAÚDE

As últimas décadas do século XX foram marcadas pelo discurso da qualidade, orientado pelos preceitos da Qualidade Total (DEMING, 1990), cuja influência não se restringiu a um ou outro setor de atuação. Sob o ponto de vista da sociedade, pode-se falar muitas coisas, exceto que a qualidade total tenha chegado à vida dos cidadãos. Em relação à saúde, entre outras coisas, verifica-se que a chamada gestão da qualidade que privilegia a figura do consumidor dificilmente pode ser aplicada à população brasileira (MALIK, 1992). Na verdade, embora a Constituição assegure a saúde como direito dos cidadãos, a cidadania não é assumida pela população e conseqüentemente seus direitos não são respeitados.

Cabe reconhecer, desde o início, a partir de uma abordagem mais ampla, não restrita a um contexto organizacional ou espacial, que a qualidade não é total. Pelo contrário, ela costuma estar circunscrita a partes da vida do indivíduo. Eventualmente, os critérios utilizados para definir qualidade de vida não são os mesmos valorizados por aqueles cuja vida está sendo avaliada. Há quem viva em cidades consideradas como oferecendo a seus munícipes a melhor qualidade de vida, segundo parâmetros “científicos”, biológicos, universais e se sinta insatisfeito pela ausência de opções de lazer. Ou seja, é necessário lembrar que há diferentes formas de avaliar qualquer ser ou objeto (WORTHEN, SANDERS, FITZPATRICK, 1997), dependendo sempre da lógica dos avaliadores a cada momento. Os critérios utilizados por políticos não serão os mesmos dos cidadãos, os critérios de pais de família não serão os mesmos dos filhos desta mesma família, da classe dominantes dos da classe dominada, dos tomadores de decisão e dos alocadores de recursos em relação aos técnicos em urbanismo, educação e/ou saúde.

Apesar de haver a possibilidade de se definir critérios, mais ou menos objetivos e com graus diferentes de abrangência, de qualidade de vida e de saúde, torna-se mais difícil padronizar os procedimentos que levariam a uma vida de qualidade. Para Deming, há dois critérios fundamentais a considerar: 1) a maioria das informações que se tem relaciona-se ao passado, enquanto a qualidade deve, necessariamente, ter como meta o futuro, para onde se pretende seguir, mantendo o desempenho passado ou, de preferência, melhorando-o; 2) o julgador fundamental é o consumidor (no caso de Cidades Saudáveis, o munícipe ou cidadão), que vai decidir, entre todas as suas opções de escolha, qual a que o satisfaz mais, seja em termos financeiros, de status, de resposta a suas necessidades prioritárias de cada momento.

Ou seja, não adianta ter dados que demonstrem que todo ano, quando o índice pluviométrico excede uma determinada quantidade, há enchentes em um determinado local. A

expectativa é que este conhecimento oriente decisões para prevenir enchentes e não sirva apenas como cultura geral. Da mesma forma, em tese a gestão urbana deve ser destinada a melhorar a vida dos cidadãos e não para criticá-los como responsáveis pela sujeira das ruas. Se para melhorar sua vida é necessário mais limpeza e para reduzir a sujeira é necessário educar a população, esta pode ser uma prioridade ou diretriz de um governo municipal..

Outra questão relacionada a qualidade total é o requisito do envolvimento da administração superior, que embora dependa fundamentalmente da participação dos níveis subordinados, é caracterizado dentro desta perspectiva conceitual como um processo direcionado inicialmente de cima para baixo e, num segundo momento, de baixo para cima. Pensando em qualidade de vida e saúde, a mudança ou não dos hábitos das pessoas, para algumas variáveis, depende delas próprias (reduzir ou não o consumo de bebidas alcólicas, fazer ou não exercícios físicos regularmente). Para outras variáveis, porém, as condições são dadas por outros fatores. As pessoas não costumam escolher morar em áreas sujeitas a inundações, estar desempregadas, trabalhar em condições insalubres e até alimentar-se em desacordo com as regras da saúde e bem estar. Às vezes há opção, outras vezes a opção é feita pela conjuntura política na qual se está.

Uma importante pergunta a fazer é se a qualidade de vida (e até a qualidade total) pode ser vista como causa ou consequência do movimento de cidades saudáveis. Afinal, este precisa de fato do envolvimento integral, dos cidadãos (sem diferenciá-los por castas, seja na prática, se não no discurso) e dos tomadores de decisão, sob pena de muito pouco poder ser feito ou melhor modificado.

ORGANIZAÇÕES NÃO GOVERNAMENTAIS

Frequentemente vistas como parte dos motores do movimento cidades saudáveis, as organizações não governamentais (ONG) padecem paradoxalmente do sucesso de sua idéia original. Num momento em que, seja por descrédito da instituição pública seja por uma divulgação muito favorável dos resultados do setor privado, poucos são os que se sentem confortáveis quando identificados com a área pública. Em contraposição, as ONGs são frequentemente associadas a "causas", em geral, nobres a priori ou de apelo popular, tomando difícil questioná-las; ao mesmo tempo, costumam ser utilizadas como instrumentos para facilitar a obtenção e alocação de recursos, seja agilizando, seja burlando alguns dos mecanismos tradicionais da administração pública.

No âmbito dos projetos; programas de Cidades Saudáveis, há um dilema básico a ser contemplado: trata-se de resolver questões da vida privada, num espaço público, partilhado, dividido frente a questões de cidadania plena como premissa inicial. Embora fosse esperado que este conceito fosse óbvio, há iniciativas que dificilmente se ajustam à lógica dos conceitos de Gestão Pública e Cidadania. De qualquer forma, cada vez mais se fortalece esta idéia, de que esforços gerenciais precisam ser feitos para tornar as cidades mais apropriadas para que o cidadão possa viver nelas com qualidade.

Assim como qualidade e Cidades Saudáveis, o conceito de ONG dentro deste quadro referencial é tentador demais enquanto apelo, para que as pessoas não o usem para finalidades espúrias. No entanto, trata-se de um conceito antigo, de algo público embora não estatal (FERNANDES, 1994), desde sempre associado (talvez com alguma ingenuidade) às questões de saúde e educação.

Não é das ONGs que virá a salvação para a qualidade de vida dos cidadãos (ou dos animais em extinção), embora algumas delas tenham um papel importante na divulgação de idéias, na execução de práticas preconizadas, na arrecadação de recursos e na sua gestão. Trata-se de reconhecer que inexistem panacéias, tanto em termos de gestão (como é o caso deste tipo de organização) como de projetos. Há idéias, algumas das quais é possível viabilizar e outras não.

Atualmente as organizações não governamentais têm passado por um processo de profissionalização de suas atividades, tanto em termos de administração quanto de avaliação. Em ambos os casos o estímulo tendeu a ser feito externamente, por órgãos financiadores, que passaram a não considerar suficiente uma boa causa (ou uma idéia meritória) para colocar recursos à disposição. Por um lado estes mesmos órgãos querem saber em que se transformou seu investimento (sem desconfiar da maneira pela qual foi utilizado, mas buscando sua otimização); por outro, lhes interessa auxiliar os defensores das causas (ou os donos das idéias) a conseguirem o maior sucesso possível, seja para atrair novos financiadores seja para comprovarem terem sido co-participes de uma empreitada bem sucedida (DRUCKER, 1990).

CIDADÃOS E CIDADES SAUDÁVEIS

Difícil qualificar o papel dos cidadãos ou dos munícipes na discussão a respeito de cidades saudáveis. Uma primeira abordagem faz pensar que a cidadania, existente ou almejada, traz implícitos direitos e deveres, tanto para os habitantes quanto para os dirigentes destas cidades.

Para alguns é mais fácil, em tese, cumprir os seus deveres. Quem está empregado, numa empresa que recolhe tributos periodicamente, tem mais facilidade de pagar impostos e até de manter seus filhos na escola. Quem está desempregado ou trabalha fora do mercado formal se sente menos compelido a estar em dia com os tributos e pode ter mais dificuldade em colocar e até mesmo manter filhos num sistema de educação, que nem sempre oferece muita facilidade de acesso, financeiro, cultural e até geográfico.

Na questão da participação e da satisfação do consumidor/cidadão ainda há alguns dilemas conceituais a resolver. No caso da tomada de decisões, há como sempre, diversas racionalidades a considerar (SIMON, 1979). 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?

Observa-se com frequência 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 aliança sobre o objeto comum de interesse, a qualidade da 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 interesses inicialmente contraditórios, se pressionam mutuamente, ajustam seus objetivos e se dispõem a lutar juntos (não um contra o outro, mas a favor das idéias).

Uma visão voltada à avaliação sugeriria que a análise de cada um dos projetos colocados neste conjunto fosse feita em função de quem seriam os grupos beneficiados ou prejudicados por ele, a quem sua implantação interessaria, em nome de quem ele seria implementado. Por exemplo, o fechamento de uma rua em nome da melhora do trânsito numa dada região da cidade poderia trazer graves transtornos para os moradores daquela rua e outras vizinhas, embora o impasse pudesse ser resolvido com alguma outra medida. Ouvir os implicados costuma fazer sentido, permitindo maior conhecimento na realidade sobre a qual se vai interferir. O axioma da democracia, de que todo poder emana do povo e em seu nome será exercido, às vezes é esquecido, até mesmo pelos representantes constituídos da população.

Às vezes, por contraditório que possa parecer, se coloca a questão do confronto entre poder municipal e comunidade, basicamente porque o governo tem duração definida de quatro,

cinco ou oito anos de governo e a comunidade tem inserção de mais longo prazo no município. Formação de lideranças comunitárias efetivas é um passo nesta direção, pois tem a ver com a tentativa de ampliar os limites de difusão das idéias, dos projetos, de sua implantação, de sua avaliação e de sua permanência.

A formação de líderes é outro assunto importante no momento, sendo objeto de programas e de solicitações de financiamento. Assiste-se hoje a esforços de captação de diferentes tipos de lideranças: administradores, técnicos de todos os campos de conhecimento e representantes de grupos da população (categorias profissionais, portadores de patologias, agrupamentos com interesses comuns, dependentes de determinados serviços, moradores de áreas geográficas definidas). Este esforço tampouco é novidade, embora seja fundamental para o movimento de cidades saudáveis, abrangendo potencialmente quaisquer dos agrupamentos definidos. É porém comum confundir a formação dessas lideranças com a obtenção de cabos eleitorais para garantirem a continuidade de determinados grupos na gestão, por mais reconhecida/consagrada que seja a proposta de alternância no poder.

Os programas precisam ter claro sua população alvo, os objetivos a que se destinam, a metodologia e os recursos a utilizar. Quando se elabora um vídeo sobre um programa de tratamento de lixo num município, por exemplo, é importante saber a quem e o objetivo a que ele se destina dentro da programação geral: à educação da comunidade? à divulgação do trabalho de determinado governo municipal? à disseminação da experiência de tratamento de lixo? a obter mais recursos para o programa de cidades saudáveis? Cada uma dessas audiências seria melhor atingida por uma linguagem específica. A rigor, seria sempre desejável saber onde ele foi exibido, por quem, para quem, com que expectativa e com que resultado. A partir daí fica mais fácil descobrir o que vem ocorrendo entre a cidade e seus cidadãos.

Educação e divulgação sempre são necessárias, sob pena de manter um programa necessariamente abrangente confinado aos gabinetes governamentais. Também se trata de um processo, a ser desenvolvido de maneira profissional, para evitar o que se observa em alguns municípios tradicionalmente apontados como exemplos bem sucedidos da estratégia de cidades saudáveis em outros países: a população não diretamente envolvida com as ações de mudança (enquanto técnicos e enquanto cidadãos) desconhece esta estratégia e se surpreende ao tomar conhecimento do movimento em que sua cidade está envolvida.

MUDANÇA E CIDADES SAUDÁVEIS

Para os profissionais de saúde parece natural compreender cidades saudáveis. A primeira grande mudança é que na prática esta estratégia tem sido implantada por outros profissionais e por áreas de governos municipais não ligadas à saúde. Uma das alegações para isto é que os profissionais da saúde (notadamente os médicos, profissionais hegemônicos), tanto em suas orientações individuais quanto nas coletivas, acreditam já saber tudo a respeito e fazer o suficiente para melhorar a vida e a saúde dos indivíduos que os procuram e das comunidades em que estão inseridos. Planejamento e planejamento urbano tem sido alguns dos *loci* privilegiados para iniciar as ações na área.

Uma das explicações mais adequadas é a respeito do modelo tradicional no qual se baseiam as práticas de saúde - não necessariamente práticas saudáveis - cujas características são bastante fragmentadas e setorializadas. A discussão perpassa vários contrapontos conceituais: práticas individuais *versus* práticas coletivas; saúde *versus* doença; promoção e prevenção *versus* tratamento e reabilitação e ainda baixa complexidade *versus* alta complexidade. A cada oposição, real ou forçada, se desenha uma fragmentação para cuja superação necessita um esforço. As contradições emergem, frente ao discurso integrador no qual se baseia a estratégia de Cidades Saudáveis, que pressupõe a confluência natural das ações no qual todas as ações confluiriam naturalmente até atingir o objetivo proposto.

Por mais tentadora que seja a proposta, não há como esquecer que não existe uma única estrutura em relação à qual haja consenso e cuja consequência sejam ações integradas. A intersectorialidade não é automática e, frente à prática na qual a maioria dos técnicos se formou, ela é penosa e requer tempo para ser apreendida. Na verdade, é necessário que os envolvidos, os diferentes setores de 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 que existe uma fragmentação, em segundo que esta fragmentação é possivelmente inadequada, para que depois se inicie a busca de algum esforço integrativo.

A primeira estratégia de mudança verificada é a de fugir da estrutura de maneira a possibilitar a integração, trabalhando numa força tarefa com representantes de diferentes partes do sistema. Pode-se obter sucesso desta forma, mas observa-se com frequência que esta força tarefa é vista como clandestina pela estrutura formal, mesmo que tenha sido instituída com todas as pompas de fato. Assim, ela perde a possibilidade de penetração nas partes do sistema que a conformam.

A segunda estratégia é a de desenhar uma estrutura intersectorial, na qual há os que a conceberam, a defendem e se inserem adequadamente nela. Também aí convivem os que lhe eram contrários, perderam poder com a mudança e não concordam com este novo modo de ver as coisas, com professores discutindo como deve ser a saúde, engenheiros emitindo opiniões sobre educação e economistas envolvidos com infra-estrutura. Em tese, esta seria a estrutura ideal para as cidades saudáveis, mas na realidade esta estrutura ideal não existe.

A mudança requerida para se conseguir implantar a estratégia de cidades saudáveis não é de cunho estrutural. O papel das estruturas neste modelo é, no máximo, o de consequência, para consolidar um modelo/uma estratégia viabilizada na prática. Em última instância, enquanto "cidades saudáveis" for um projeto, uma de suas características constitucionais será a de ser finito. A partir do momento que êle se consolida e se torna uma estratégia municipal, pode ser que a estrutura seja alterada com sucesso de maneira a contê-la. A mudança de estrutura desde o primeiro momento não garante nem necessariamente ajuda a implantação da estratégia. Pelo contrário, pode gerar fortes resistências a uma novidade imposta.

Na verdade, enquanto produto, o conceito por trás de cidades saudáveis não é novo. Na área da saúde especificamente ele está na mesma origem dos que tentam mudar o modelo assistencial tradicional ou hegemônico dos últimos anos, orientado para a doença e determinado por ela, para um outro, onde a saúde se propõe a ser, ao mesmo tempo, o objeto e o norte. Às vezes é importante mudar a embalagem de um produto conhecido para oferecer-lhe uma possibilidade de melhorar sua penetração.

O Programa de Saúde da Família com certeza pode fazer parte deste contexto, pois é vendido como um programa, tem características intersectoriais, quer influir na vida dos indivíduos, de suas famílias e das comunidades em que vivem. No entanto, pode se tornar uma estratégia, caso demonstre resultados reais, com potencial para interferir diretamente no modelo assistencial dominante e até na formação dos profissionais. Observa-se alguns movimentos, na educação de profissionais da saúde (ALMEIDA, 1997), onde se começa a preconizar a valorização de conteúdos voltados a estes conceitos, pois a busca por modelos alternativos não é nova.

Não se está pretendendo determinar pre-requisitos para a implantação da estratégia, até por vezes pre-requisitos têm caráter paralisante, impeditivo das mudanças. Novos ou não, com ou sem mudança de estrutura, o importante é dar início ao programa, à estratégia... No processo pode-se descobrir com mais exatidão quem é a população para a qual se quer trabalhar, quais as possibilidades reais de mudança do que se tem, sair do discurso e dar início à prática.

O início pode ser feito por ação direta do poder executivo do governo municipal, por assessores internos, por assessores externos, pela comunidade, o importante é alguém se interessar pelo assunto o suficiente para dar-lhe início. Em tese, seus iniciadores definirão alguns indicadores a atingir e tentarão conduzir o programa nesta direção. Com isto, fica explicitado que municípios diferentes, com estratégias peculiares, não podem ter programas iguais.

A VIDA NA CIDADE

Não está nas últimas tendências que o homem desista de viver nas cidades. Pode haver uma mudança no tipo de organização das cidades, já há um movimento (que pode ser revertido) de fuga das megapolis uma vez que há cidades médias com condições consideradas aceitáveis e até segundo opinião de alguns, melhores em relação à qualidade de vida, mas as cidades continuarão a ser um objeto de preocupação de governantes e de governados.

Em função disto, parece no mínimo normal que de maneira mais ou menos estruturada este programa continue a aparecer nas agendas técnicas, administrativas e principalmente políticas. Cidades saudáveis (e sustentáveis) são slogans atraentes demais para não serem usados por frasistas, publicitários e políticos. No entanto, o que estamos propondo é o movimento-projeto Cidade Saudável que busca a diminuição da exclusão e o resgate da cidadania. De fato, quanto menos exclusão menor a probabilidade de marginalidade e de desvio das condições de vida adequadas que contribuem para a saúde dos indivíduos e da cidade na qual eles vivem. Com isto está-se mencionando desde as empresas com programas de melhora da qualidade de vida de seus funcionários ou das comunidades que as rodeiam até programas de educação a respeito de alimentação adequada e garantia de acesso a este tipo de alimentação.

Diferentemente das propostas tradicionais do setor saúde, em que uma das premissas é a equidade em saúde, a inequidade perante as cidades saudáveis lida com categorias sociais, conseqüentemente embebidas em valores ideológicos (DAVIES, 1993). As políticas para a vida nas cidades devem ir além do orçamento e da participação das pessoas (real ou parcial) na elaboração do orçamento. Para isto é importante resgatar um aspecto relegado a segundo plano: a vida na cidade se restringe, com frequência, à vida numa parte da cidade.

Políticas municipais globais impactam todos os bairros; políticas direcionadas a uma ou outra destas comunidades específicas podem reduzir ou aumentar a inequidade e, conseqüentemente aumentar ou reduzir a saúde das cidades. Os estudos que se tem feito a respeito de violência urbana e os mapas de exclusão social são parte do que se considera na

agenda contemporânea indicadores sobre os quais trabalhar alternativas mais saudáveis para a vida na cidade. Atualmente a crise nesta área é reconhecida por todo o mundo.

Há experiências mais ou menos divulgadas, algumas delas bem sucedidas e outras não. Como se trata de um processo, resultados menos animadores não deveriam ser motivo de abandono da idéia a curto prazo. Resultados devem ser esperados apenas a longo prazo, quando as pessoas/municípios/cidadãos tiverem tido tempo de se acostumar ao novo. A rigor, assim como para qualidade de vida ou qualidade total, o horizonte de tempo para a mudança real dos indicadores perseguidos é longo. Como a vida nas cidades é projeto de longo prazo, de cada um e de coletividades, não há porque não envolver-se na estratégia. No entanto, não é a estratégia que levará à mudança. Como sempre, serão os indivíduos, os governantes por eles eleitos e controlados, que viabilizarão ou impedirão os novos rumos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M. J. de Educação médica e saúde: limites e possibilidades das propostas de mudança. São Paulo, 1997. [Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública da USP]
- DAVIES, J. K. & KELLY, M. P. *Healthy cities*. London, Routledge, 1993.
- DEMING, W. E. *Qualidade: a revolução da administração*. Rio de Janeiro, Marques-Saraiva, 1990.
- DEVER, G.E. A. *A epidemiologia na administração de serviços de saúde*. São Paulo, Livraria Pioneira Editora, 1988, 394.
- DRUCKER, P. F. *Managing the non-profit organization*. New York, Harper Collins, 1990.
- FERNANDES, R. C. *Privado porém público*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1994.
- MALIK, A. M. Desenvolvimento de recursos humanos, gerência de qualidade e cultura das organizações de saúde. *RAE*, 32, (4):32-41, 1992.
- MALIK, A. M. A questão da saúde no Brasil. *RAElight*, 2, (4):78, 1995.
- SIMON, H. *Comportamento administrativo*. Rio de Janeiro, Editora FGV, 1979.
- WORTHEN, B. R.; SANDERS, J. R.; FITZPATRICK, J. L. *Program evaluation*. New York, Longman, 1997.

Summary: The health concept has assumed new dimensions with the development of scientific knowledge in face of the culture of the populations and the recognizing of its biopsychosocial and economic determinations. The quality issue has gained importance and has re-oriented different fields of action including that of health. The proposal of the movement/program/project healthy cities has been taking form and being assumed as both a new form of municipal management and the conquering of citizenship by the Brazilian population. The adherence to this proposal demands the acceptance of new concepts and values such as intersectorality by both the government and the population. That constitutes a long term experience process that is difficult to be concretized. The constant evaluation of the process and results evaluation may concur for the viability of the proposal.

Key words: health, healthy cities, total quality, intersectorality