Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade

Marcia Faria Westphal*
Rosilda Mendes**

SUMÁRIO: 1. Introdução: o que é uma cidade saudável? 2. A interdisciplinaridade como fundamento da prática; 3. Intersetorialidade nos projetos de cidades saudáveis; 4. A intersetorialidade e mudanças na configuração organizacional dos municípios.

PALAVRAS-CHAVE: cidades saudáveis; promoção de saúde; interdisciplinaridade; intersetorialidade; reformas administrativas.

Estratégias de promoção da saúde, como os projetos de cidades saudáveis, vêm sendo desenvolvidas por alguns municípios brasileiros com o intuito de responder às mudanças decorrentes da crescente urbanização e de suas conseqüências para a saúde e qualidade de vida das populações. Dada a complexidade dos problemas enfrentados, pressupostos como a interdisciplinaridade, a intersetorialidade e a participação social são considerados fundamentos que devem orientar uma nova prática, buscando superar uma lógica de gestão municipal predominante: verticalizada, setorial e dicotômica. O aparato governamental de algumas cidades envolvidas no movimento por cidades saudáveis tem experimentado diferentes formas de organização para dar respostas articuladas e integradas aos problemas e desafios presentes.

Helthy City: an interdisciplinary and intersectorial experience

Health promotion strategies such as healthy cities are being developed by some Brazilian municipalities as a response to changes due to the growing urbanization and its consequences to the populations' health and quality of

* Professora titular da Faculdade de Saúde Pública da USP, lotada no Departamento de Prática de Saúde Pública.
** Doutora em Saúde Pública pela USP, pesquisadora do Centro de Estudos, Pesquisas e Documentação Cidades Saudáveis, Cepedoc.

life. Given the complexity of the problems that are being faced, assumptions such as interdisciplinary and intersectorial actions and social participation are considered references that should orient a new practice, so as to overcome a prevailing idea of municipal management that is vertical, divided in sectors and dichotomized. The governmental apparatus of some of the cities involved in the movement for healthy cities has tried different organizational systems so as to give articulated and integrated answers to their problems and challenges.

1. Introdução: o que é uma cidade saudável?

O delineamento de estratégias no campo da promoção da saúde é recente em todo o mundo. Entre elas, destacam-se os projetos de cidades saudáveis, que se disseminam por vários países, tentando responder a mudanças decorrentes da globalização, da urbanização acelerada e dos arranjos políticos e institucionais. Com base no pressuposto de que a saúde é produzida socialmente, o ideário de cidades saudáveis advoga superar as práticas de saúde centradas na atenção médica curativa,[1] para buscar a globalidade de fatores que determinam a saúde. Apresenta, ainda, como prioridade na definição das políticas públicas, incluir a saúde como critério de governo (Mendes, 2000; Westphal, 2000).

A complexidade dos problemas colocados nessa perspectiva exige o tratamento integrado e sistêmico das questões. Nesse sentido, ganham destaque dois componentes: a intersetorialidade e a integração das esferas públicas com as organizações da sociedade civil.

O movimento por cidades saudáveis faz parte de um conjunto de políticas urbanas difundidas e implantadas pela ONU, especialmente por meio da Organização Mundial da Saúde (OMS), do Centro das Nações Unidas para Assentamentos Humanos (Habitat), do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) e do Fundo das Nações Unidas para a Criança (Unicef), que buscam intervenções diretas, influenciando políticos e planejadores locais (Werna, 1996).

Soma-se, também, aos demais movimentos que ganharam destaque no final do século XX nas diferentes regiões do país e do mundo (como os de comunidades solidárias, cidades sustentáveis, cidades iluminadas e a Agenda 21)

[1] Mendes (1996) critica a prática da atenção médica curativa, que toma o conceito de saúde na sua negatividade. Esta prática, por estar estruturada a partir do paradigma flexneriano, que se expressa por um conjunto de elementos, como o mecanicismo, o biologismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação e o curativismo, pretende unicamente oferecer à população serviços médicos individuais, a fim de tratar as enfermidades e reabilitar os doentes.

e cujos objetivos levam em conta o desenvolvimento humano sustentável, a integração social e a governabilidade.

A noção de cidades saudáveis que vem sendo discutida desde os anos de 1980, especialmente no Canadá e na Europa, é muito ampla. Leonard Duhl, psiquiatra e urbanista da Universidade de Berkeley, em artigo publicado em 1986, faz as primeiras aproximações conceituais. A preocupação do autor, nesse momento, não é ainda estabelecer definições, mas tentar delinear as condições essenciais para o estabelecimento de uma cidade "saudável". A primeira exigência é que a cidade dê respostas efetivas para as necessidades de desenvolvimento, para as organizações e para as pessoas; a segunda é que a cidade tenha capacidade para lidar com as crises do sistema e de seus membros; a terceira condição é que a cidade tenha habilidade para modificar-se e atender às exigências emergentes e, finalmente, o quarto requisito é que ela deve capacitar sua população para usufruir as vantagens do desenvolvimento para seu bem-estar, o que necessariamente remete à consideração de que um processo educativo e de mobilização seja componente importante do movimento por cidades saudáveis.

O que o autor busca enfatizar, enfim, é o papel dos cidadãos para lidar com os complexos problemas de saúde e criar uma cidade "saudável", quer dando respostas a questões mais imediatas, quer lidando com questões subjacentes à saúde, que são interconectadas, complexas e multidimensionais: é a interligação, o relacionamento entre as partes e o senso comum de toda a comunidade que são essenciais para fazer uma *cidade saudável* (Duhl, 1986).

A primeira definição descrita para cidades saudáveis foi elaborada em 1986, por Hancock e Duhl, que ressaltam a importância histórica do processo de tomada de decisão dos governos locais no estabelecimento de condições para a saúde, para interferir nos determinantes sociais, econômicos e ambientais, por meio de estratégias como planejamento urbano, *empowerment*[2] comunitário e participação da população: uma cidade saudável é aquela que está continuamente criando e melhorando os ambientes físico e social, fortalecendo os recursos comunitários que possibilitam às pessoas se apoiarem mutuamente no sentido de desenvolverem seu potencial e melhorarem sua qualidade de vida (Hancock, 1993).

Mendes (1996) foi um dos primeiros autores brasileiros a abordar o tema. Considera o movimento por cidades saudáveis como um "projeto estruturante do campo da saúde", em que os atores sociais (governo, organizações

[2] O movimento de promoção da saúde tem tomado como um dos conceito prioritários o de *empowerment*, que traz na sua raiz o significado de poder, ou ganho de poder para tomar decisões, realizar ações, individual e coletivamente, visando à eficácia política, à melhoria da qualidade de vida e à justiça social (Wallerstein, 1992). A revista *Health Education Quarterly* traz um debate entre os membros da equipe editorial sobre concepções de *empowerment* que vêm sendo adotadas na promoção da saúde (Bernestein et alii, 1994).

da sociedade civil e organizações não-governamentais) procuram, por meio da *gestão social*, transformar a cidade em um espaço de "produção social da saúde". Desta forma, a saúde é entendida como qualidade de vida e considerada objeto de todas as políticas públicas, entre as quais, as de saúde.

A proposta de cidade saudável, portanto, deve ser definida como uma política de governo, na qual deve se envolver o governo como um todo. O que as experiências brasileiras têm mostrado é que todos os municípios iniciam esses projetos pelo setor saúde, que tem, no nosso país, uma tradição de luta e um pioneirismo na descentralização de ações. É um setor que congrega trabalhadores com um enorme compromisso com as causas sociais. A área de saúde é pioneira, também, no estabelecimento do controle social, por meio da implementação de conselhos de saúde em todos os níveis do Sistema Único de Saúde.

Num projeto de cidades saudáveis é preciso, no entanto, avançar e trabalhar a relação e inter-relação da saúde com a educação, a habitação, o saneamento, o transporte e o lazer. Por isso, há a necessidade de políticas integradas, o que significa mudar. Mudar o processo de trabalho, mudar o planejamento, mudar a forma de gestão (Almeida, 1997).

2. A interdisciplinaridade como fundamento da prática

A interdisciplinaridade designa um campo de indagações que se evidencia desde a antiga Grécia, onde o ideal da educação era o saber da totalidade. Os mestres gregos, sobretudo os sofistas, foram criadores da cultura geral. Seu programa de ensino, Paidea (formação do homem integral), consistia no ensino da gramática, da dialética, da retórica, da aritmética, da geometria, da música e da astronomia. As disciplinas articulavam-se entre si, complementando-se, formando um todo unitário.

O saber unitário sofre um processo crescente de desintegração com o advento da Idade Moderna, que elabora o projeto iluminista marcado pela consolidação de uma filosofia racionalista e pelo surgimento da ciência. Assim, antes de ser uma descoberta do nosso tempo, o tema do conhecimento disciplinar remonta ao momento da desintegração moderna do conhecimento, justamente a partir do século XIX, em que a especialização exagerada e sem limites das disciplinas científicas provocou uma fragmentação crescente do horizonte epistemológico (Japiassu, 1976). Segundo Morin (1987:77), o "paradigma de disjunção" provocou "a redução do complexo ao simples, do global ao elementar, da organização à ordem, da qualidade à quantidade, do multidimensional ao formal, do destacar fenômenos em objetos isolados de seu contexto e separados do sujeito que os percebe e os concebe".

A que se deve as organizações teóricas do conhecimento? Segundo Morin (1987:77), "a fatores supracognitivos (os paradigmas) e a fatores infracogniti-

vos (necessidades e aspirações), fatores que, por sua vez, são inseparáveis não só do sujeito teórico, mas de determinações culturais, sociais e históricas".

Portanto, dada a necessidade de se superar a fragmentação do conhecimento humano, herança do projeto iluminista/positivista, em busca de visão e ação mais globalizadas, a interdisciplinaridade procura estabelecer o sentido da unidade na diversidade, promover a superação da visão restrita de mundo e a compreensão da complexidade da realidade (Luck, 1995). Busca, portanto, restabelecer o paradigma da junção, sem, entretanto, esquecer, como Adorno e Habermas (Morin, 1987:78) recomendam "que o conhecimento científico, na dependência de uma cultura e uma sociedade, é tramado por ideologia desta própria sociedade".

Pensar e agir a interdisciplinaridade é um dos fundamentos do ideário das cidades saudáveis, que se apóia no conceito de saúde como qualidade de vida. Consiste, entretanto, na árdua tarefa de passar de um trabalho individual e compartimentado nos ramos da ciência para um trabalho coletivo. Supõe a compreensão dos pensamentos e das ações desiguais e, sobretudo, pressupõe considerar a existência de pontos comuns entre as pessoas que pretendam realizar a ação interdisciplinar.

A prática interdisciplinar é intencional e requer uma postura interdisciplinar, nos diz Severino (1989). Ela está assentada numa concepção articulada, construída por conhecimentos empíricos e teóricos fornecidos pelas várias ciências. No entanto, o autor alerta para a necessidade da existência de um "processo vivificador de discussão, que explicite as correlações e reciprocidades de significação" (Severino, 1989:21).

Reconhecer a multiplicidade de olhares sobre a realidade, tal como é exigido na construção da cidade saudável, requer um esforço de interdisciplinaridade e significa assumir uma perspectiva de trabalho que leve em conta as relações de reciprocidade, de cooperação, que garantam o redimensionamento dos papéis sociais nas cidades.

A interdisciplinaridade vem surgindo timidamente nos municípios brasileiros envolvidos no movimento por cidades saudáveis, como alternativa de maior significado para superar a atomização do conhecimento humano em disciplinas, tanto no contexto da pesquisa, quanto no da capacitação e, mesmo, do ensino decorrente das atividades inovadoras desenvolvidas. As experiências de projetos recém-iniciados com apoio técnico de universidades, nas cidades paulistas de Limeira e Bertioga, onde atuam respectivamente a Pontifícia Universidade Católica de Campinas e a Universidade de São Paulo, têm buscado integrar num projeto único diversas áreas do conhecimento desenvolvidas e ensinadas em diferentes unidades destas universidades.

Dada a complexidade dos problemas, as populações das cidades defrontam-se diariamente com situações ambíguas, contraditórias e conflitantes que, individual ou socialmente, via instituições, têm de compreender e resolver. Os técnicos ou cientistas chamados a colaborar na resolução dos problemas, por te-

rem sido formados dentro do paradigma da disjunção, só conseguem analisar tais situações de acordo com sua ótica, não identificando as múltiplas facetas, nem os múltiplos sinais que os problemas emitem. Desta forma, indicam soluções parciais ou alienadas, que não têm atingido as reais causas desses problemas. Exemplos desta visão, concretizada em forma de atuação, foram as tentativas de superar a questão da inflação no nosso país, em que economistas, ao tentarem controlar os fluxos e refluxos inflacionários, criam outros problemas, tais como o desemprego estrutural e o aumento das iniqüidades.

Nos projetos de Limeira e Bertioga, áreas de conhecimento totalmente diversas (saúde pública, educação, ciências ambientais, sociologia, antropologia, arquitetura e urbanismo, turismo, oceanografia, geociências e outras) e os cientistas e professores que as representam tentam superar a ótica fragmentadora que orientou sua formação, focalizando seu olhar na qualidade de vida da população, analisando os fenômenos na sua interligação e interdependência com os demais e com o contexto no qual eles acontecem. Assim, ao tentarem redirecionar sua contribuição, buscam oferecê-la de forma articulada e integrada aos governantes e à sociedade civil local.

Querem superar a tese central de Morin (1996:8), segundo a qual "as ciências humanas não têm consciência dos caracteres físicos e biológicos dos fenômenos humanos; as ciências naturais não têm consciência de sua ligação com uma cultura, inserida em uma sociedade, com uma história determinada; as ciências não têm consciência de seu papel na sociedade; as ciências não têm consciência dos princípios ocultos que comandam sua elucubrações; e as ciências não têm consciência de que lhes falta consciência".

Talvez não esteja claro para todos, mas não seria possível um interesse em se associar a um empreendimento destes, caso os pesquisadores não estivessem sensibilizados para uma necessidade de mudança de visão que não prescinde do reconhecimento de que nem só espiritualização, nem só tecnologia "significam" a vida. Os pesquisadores estão sensibilizados para o reconhecimento da existência da interação dialética entre materialidade e espiritualidade, objetividade e subjetividade, cultura e natureza. Tal interação precisa ser trabalhada, sistematicamente clarificada e cultivada para que haja no íntimo desses pesquisadores, bem como no dos técnicos municipais e da população, o pleno restabelecimento da intercomunhão entre estas diversas dimensões da vida e dos seres humanos (Morin, 1987). Para que a construção da interdisciplinaridade realmente ocorra durante a execução dos projetos, é necessário ir avaliando aos poucos se realmente está acontecendo uma mudança epistemológica, que deverá estar repercutindo na percepção de saúde, de homem, de mundo e de ciência e também na prática de pensar, analisar e representar a realidade, bem como na de dialogar dos pesquisadores.

O que os pesquisadores estão iniciando, em ambos os projetos, é a vivência que Morin, citado por Luck (1995), já propunha para o entendimento do problema da complexidade crescente da vida nas cidades "restabelecer a

circularidade entre homem, sociedade, vida e conhecimento, em que cada um desses elementos se explicam reciprocamente". O diálogo tem sido a ferramenta utilizada para o estabelecimento desta circularidade, buscando, através dela, o alargamento das explicações para os problemas propostos, enfim, a consecução da unidade na diversidade, conforme indica Severino (1989).

A busca desta interdisciplinaridade vem sendo um processo de construção contínua e crescente, que, no entanto, está apenas se iniciando. Passo a passo, a construção de um projeto temático de pesquisa sobre cidades saudáveis (Projeto Bertioga Município Saudável) ou de indicadores de avaliação de qualidade de vida (Projeto Limeira Cidade Saudável) vem representando um movimento contínuo de superação de estágios limitados de abrangência em relação ao significado pleno de interdisciplinaridade, alargando pouco a pouco o entendimento dos professores e pesquisadores envolvidos, que, por sua vez, ampliam a dimensão do diálogo com a população local.

3. Intersetorialidade nos projetos de cidades saudáveis

Os projetos de cidades saudáveis exigem um compromisso das autoridades governamentais com o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, que garantam a melhoria da qualidade de vida da população. A política 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 alçar o nível da complexidade dos próprios problemas políticos e responder ao desejo de viver da espécie humana (Morin, 1987).

O processo de descentralização no Brasil colocou os governos municipais frente a uma nova realidade. Segundo Marsiglia, os municípios, que tinham atuação marginal na gestão de políticas públicas, "começam a enfrentar o desafio de atender a urgências sociais que ultrapassam as limitadas e pontuais intervenções que no campo social desenvolviam anteriormente. Os problemas de habitação, saúde, educação, emprego, alimentação e outros começam a constituir matéria cotidiana de atenção municipal" (Inojosa, 1998:42).

Entretanto, os governos, especialmente os municipais, têm decidido sobre suas políticas fundamentais quase sempre de uma forma segmentada, setorizada, utilizando um conjunto de organizações — secretarias, departamentos, autarquias, fundações e empresas públicas — através das quais exercem o seu poder de regulação e prestam serviços à sociedade. A maioria das estruturas organizacionais municipais reforça a fragmentação das políticas, pois apresenta-se com um formato piramidal, com vários escalões hierárquicos e departamentos separados por disciplinas ou áreas de especialização. Tais estruturas dificul-

tam aos cidadãos o exercício e o controle social sobre seus direitos de segunda geração — os direitos sociais e econômicos —, uma vez que os problemas têm origens múltiplas, tornando impossível cobrar sua solução de um único setor (Inojosa, 1998).

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 aos 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 a 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).

Não é apenas a complexidade dos problemas que impõe a necessidade de ações intersetoriais. Trata-se da busca de "uma unidade do fazer e está associada à vinculação, à reciprocidade e complementaridade na ação humana", e aquilo que caracteriza a intersetorialidade é a possibilidade de síntese, dada pela intersubjetividade e o diálogo (Mendes, 1996:252).

A intersetorialidade, para Junqueira e Inojosa (1997), conforme citado por Junqueira (1997:37), pode ser entendida como "a 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 supõe uma nova forma de gerenciar a 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, 1997:37).

A intersetorialidade nessa perspectiva tem como base um planejamento geral, diferente do modelo tradicional, em que o trabalho é organizado por equipes especializadas para o planejamento, a realização e avaliação de ações e serviços. A estrutura governamental, de acordo com a lógica intersetorial, supõe a articulação de planos e o compartilhamento de informações, e apresenta-se, sobretudo, mais permeável à participação do cidadão, tanto no planejamento quanto na avaliação (Inojosa, 1998).

Ao defenderem a intersetorialidade, muitos interlocutores questionam este modo de organização, preocupados com a especificidade dos setores e das atividades que desenvolvem, como a escolarização, o atendimento à saúde, a atividade administrativa e outros. Concordamos, entretanto, com Mendes, quando afirma que "a intersetorialidade não anula a singularidade do fazer setorial pela instituição de uma polivalência impossível; ao contrário, reconhece os domínios temáticos, comunicando-os para a construção de uma síntese" (Mendes, 1996:253).

Goumans (1997), ao analisar os projetos de cidades saudáveis europeus, conclui que, da mesma forma que na interdisciplinaridade, embora a

ação intersetorial se coloque como uma exigência destes projetos, a retórica intersetorial parece ter sido mais desenvolvida que a prática ou, em outras palavras, esta mudança de modelo de gestão é bastante difícil. De acordo com a autora, a intersetorialidade pode ocorrer em diferentes níveis e entre diferentes esferas. A retórica da colaboração defende que os atores são iguais, isto é, têm igual poder de colaborar entre si; no entanto, estamos falando aqui da lógica da parceria, que envolve a idéia do conflito, considerando que atores têm graus bastante variados de condições e de poder, devido às iniqüidades estruturais subjacentes, tais como acesso ao dinheiro, informação ou poder. Assim como a interdisciplinaridade, a intersetorialidade é um processo complexo e, como tal, envolve o enfrentamento das contradições, restrições e resistências.

As experiências de cidades saudáveis em curso na América Latina, pouco documentadas, não oferecem subsídios para se proceder a uma análise do impacto das mudanças político-culturais que envolvem as práticas coletivas e intersetoriais, especialmente aquelas com capacidade de fortalecer o potencial dos cidadãos no processo decisório, dentro de uma lógica de não-cooptação.

No Brasil, algumas iniciativas têm sido implementadas por municípios e se inscrevem na tentativa de introduzir novas formas de gestão e controle social, como orçamentos participativos e programas de geração de emprego e renda. No entanto, como bem aponta Viana (1998), "barreiras burocráticas e corporativas" impedem o pleno desenvolvimento dessas experiências intersetoriais, que ficam restritas a poucos municípios, constituindo experiências temporárias, logo, passíveis de serem interrompidas.

O que se observa nas experiências brasileiras é que o setor saúde é o articulador do projeto na cidade e responsável pela fase de disseminação do ideário de cidades saudáveis. De acordo com Ferraz (1999), o papel central do setor saúde é um dos fatores que facilitam a introdução desse movimento no país. O movimento pela saúde — o *movimento sanitário* — como atesta a autora, está entre os movimento sociais mais articulados em defesa da democratização da sociedade brasileira e da saúde como direito de cidadania. Por isso, ocupa, no contexto sociopolítico, um lugar fundamental, agindo como ator político e social na cena política de saúde e contribuindo com mudanças paradigmáticas, legislativas e administrativas.

O fato de o setor saúde impulsionar essas atividades faz com que os projetos dêem maior visibilidade a este setor. Esses processos são discutidos com maior intensidade no âmbito dos conselhos de saúde, que tradicionalmente têm representatividade de diversos segmentos da população e possuem uma prática política consolidada nos últimos 20 anos, focalizando as discussões em torno da saúde como direito fundamental do cidadão. Além disso, muitos dos atores políticos, secretários de Saúde e prefeitos, são pessoas que nos últimos anos empenharam-se na definição e estruturação dos processos de municipalização e descentralização no campo da saúde pública e mostram particular interesse na proposta de cidades saudáveis e na possibilidade de adotar essa estratégia como política de governo.

Construir, no interior de um governo local, 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. Alguns depoimentos relatam a concorrência entre as diferentes áreas de governo e sugerem que esses projetos dão maior poder ao setor saúde. Reafirmam, no entanto, a necessidade de que os projetos de cidades saudáveis sejam articulados com outras forças políticas e instâncias de controle social.

Buss (2000) chama a atenção para o poder do setor saúde diante dos outros setores no estabelecimento de políticas públicas saudáveis. É importante evitar a subordinação de outros setores governamentais à esfera da saúde, para não gerar resistências e suscitar isolamentos. Na definição de políticas públicas saudáveis, o autor recomenda o estabelecimento de pactos horizontais com parceiros governamentais e de outras instâncias. Isto significa ter a intersetorialidade como sua principal estratégia.

Nesse sentido, estariam esses projetos se desenvolvendo intersetorialmente?

Pode-se dizer que algumas cidades têm tido a preocupação inicial de adotar uma lógica intersetorial de organização e atuação, mas este percurso é difícil, se considerarmos que o setor saúde é referido como aquele que tem maior possibilidade de ganhos com essa iniciativa. O início do projeto na cidade de São Paulo atesta isso. A definição política de desenvolver um projeto na região central da cidade fez com que se viabilizasse a constituição de um *governo local intersetorial*, responsável pelas ações conjuntas intergovernamentais em diversos programas estabelecidos pela prefeitura, como o de cólera, o dirigido à população moradora de rua, e os projetos de reurbanização do centro da cidade.

Técnicos avaliam, no entanto, que é justamente no plano intra-setorial que o trabalho fluiu melhor. O setor saúde, especialmente os distritos de saúde, possuíam um plano de trabalho cuja marca era *Centro Saudável*. A partir daí, suas políticas e os vários projetos de intervenção foram criados, sendo enfatizados aqueles que reorganizaram os serviços de saúde na região, como a criação de um centro de referência de saúde do trabalhador, a instalação de uma unidade básica de saúde e a municipalização de serviços de vigilância à saúde.

Na maioria das cidades, observa-se que a lógica de trabalho predominante é a prática institucional dicotômica. As ações são setoriais e muitos dos trabalhos chamados intersetoriais são, na verdade, desenvolvidos integradamente. Os setores da saúde, educação e ação social parecem ser os parceiros mais comuns. Muitas dessas iniciativas são informais, especialmente em municípios de pequeno porte, não envolvendo um trabalho prévio de planejamento. A integração se dá por projetos específicos que são definidos por um determinado setor.

4. A intersetorialidade e mudanças na configuração organizacional dos municípios

Como consideram Junqueira e Inojosa (1997), implantar a intersetorialidade requer decisão política, pois implica mudanças na organização municipal, ou seja, nas estruturas de poder. Essa nova lógica não se refere, entretanto, apenas ao arranjo institucional interno das administrações. Essa lógica é referida à população e o objetivo a ser alcançado é o desenvolvimento social, compreendido como a distribuição mais equânime das riquezas existentes na sociedade num determinado momento histórico. Deve dar respostas integradas aos problemas identificados pelos indivíduos e grupos da população, sujeitos do processo de definição de prioridades. Por isso, são necessárias negociações entre os diferentes atores sociais presentes na arena política, que devem ser sensibilizados e comprometidos com a mudança.

Requer, ainda, uma mudança de lógica de governo, de organização do trabalho para a prevenção ou solução de problemas existentes em um território geográfico, e não em setores específicos, como vem ocorrendo inclusive nas "cidades" envolvidas com o movimento pelo "saudável". Segundo Castellanos, "as populações não se distribuem ao acaso nas unidades territoriais de um Estado. Ao contrário, tendem a formar conglomerados humanos que compartilham características relativamente similares de natureza cultural e socioeconômica". A realidade gera problemas, ameaças e oportunidades e "os problemas reais cruzam os setores e têm atores que se beneficiam ou são prejudicados por eles. Em torno de problemas, a participação cidadã é possível; em torno de setores é impossível" (Inojosa, 1998:43).

Dadas as dificuldades da abordagem intersetorial nos projetos de cidades saudáveis já mencionadas nas experiências brasileiras, seria esta proposta possível de ser implementada ou somente uma teoria ou uma utopia a ser buscada? Outras experiências brasileiras demonstram que, embora com dificuldade, a intersetorialidade é uma forma de gestão possível e muito eficiente em termos da promoção do desenvolvimento econômico e social.

A forma de organização matricial, que assume a lógica de atuação por problemas como referência e a interdisciplinaridade e intersetorialidade como forma de abordagem, é a que tem sido utilizada com mais êxito por alguns municípios brasileiros envolvidos em projetos de cidades saudáveis, adquirindo três tipos de formatos.

Um deles prevê que secretarias e outros órgãos segmentados por áreas de conhecimento sejam substituídos por um corte territorial — regional —, seguindo a lógica da descentralização e da intersetorialidade. Às secretarias regionais, e não mais setoriais, cabe a missão de identificar os problemas de seu território geograficamente delimitado e planejar de forma integrada as ações para a melhoria de qualidade de vida da população de sua jurisdição. Este formato vem sendo desenvolvido e experimentado no município de For-

taleza há quatro anos, despertando muitas resistências em um ambiente que sempre foi competitivo e pouco cooperativo, mas resolvendo de forma mais eficiente problemas regionais do município, fazendo diferença para o conjunto da população local, e não só em termos de melhorias setoriais. A reestruturação, que foi aprovada pela Câmara de Vereadores, incluía a existência de duas secretarias executivas por região: a de Gerência de Desenvolvimento Social e a de Desenvolvimento Territorial e Meio Ambiente. Estas funcionaram de acordo com regulamentos elaborados com a participação dos funcionários. Entre as dificuldades que vêm sendo enfrentadas, podemos citar o diálogo com outros níveis de governo ainda setorializados (federal e estadual), que continuam enviando "pacotes de projetos" e verbas marcadas para o desenvolvimento desses setores, prejudicando as iniciativas regionais de articulação. Um indicador da eficiência desse novo aparato administrativo, entretanto, apesar das dificuldades e limitações de um modelo contra-hegemônico, foi a reeleição do prefeito que assumiu esta mudança radical na organização administrativa e do trabalho em sua gestão.

Uma segunda forma foi a adotada pelo município de Curitiba durante a última gestão, que optou por uma mudança gradual e processual. A intersetorialidade e sua operacionalização através de uma forma de organização matricial não foram desencadeadas por uma mudança de estrutura nem de legislação, mas por intervenções inovadoras graduais no aparato administrativo. A administração inicialmente transformou todas as propostas de campanha em 24 projetos estratégicos intersetoriais, que passaram a permear toda a estrutura da prefeitura, mas a matriz setorial se manteve, bem como os cargos e funções gratificados, mudando gradativamente a forma de funcionar. Para isso, os órgãos municipais foram preparados para o novo tipo de funcionamento. Agregaram-se os diferentes órgãos do governo em coordenações funcionais, órgãos de assessoramento, órgãos de ação social e área de infra-estrutura e estrutura urbana. Cada um dos órgãos manteve suas funções específicas e as levou como contribuição para cada um dos projetos intersetoriais, que se desenvolveram através da lógica de problemas e territórios.

Esta forma de operação desencadeou uma mobilidade de técnicos de uma estrutura funcional para outra matricial, gerenciada e articulada por fóruns que se agrupam em três níveis, formando uma grande mescla lotada no Instituto Municipal de Administração Pública de Curitiba (Ipuc), uma organização social. O nível 1 é coordenado pelo prefeito e dele participam secretários de governo e coordenadores de projetos, que têm a função de definir as ações. Do nível 2 participam todos os coordenadores e os gerentes de operação, e do nível 3 participam os gerentes de operação e os responsáveis por cada ação dentro da prefeitura.

Para articular orçamentos a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) foi modificada, abrindo espaço privilegiado para o projetos estratégicos, com rubricas e controles próprios.

Para o controle de toda a organização do trabalho foi criado um sistema de informação para alimentar o processo de tomada de decisão, articulando em rede eletrônica todos os órgãos da prefeitura e permitindo o acompanhamento dos projetos, suas fases de desenvolvimento, custo e outros detalhes.

Para identificar e integrar as contribuições da população para os projetos foi criada uma ação denominada "Decidindo Curitiba", que consiste em um diálogo permanente do prefeito com a população, através de reuniões periódicas nas diferentes regiões do município. Significa o início de um movimento na direção de uma gestão intersetorial, prática e descentralizada e que quer também se tornar participativa. Se utilizarmos o mesmo critério de Fortaleza para avaliação desta modalidade de ação intersetorial, que foi a reeleição do prefeito, podemos dizer que esta forma de gestão deve ter sido aprovada pela população de Curitiba.

Uma terceira forma de articulação intersetorial, segundo Inojosa (1999), consiste nas articulações dos setores em redes de parcerias entre órgãos governamentais, não-governamentais e a comunidade, na resolução de problemas prioritários de uma população que vive em determinado território. As parcerias podem se dar também entre níveis de governo. Não identificamos qualquer cidade, inserida no movimento nacional, utilizando este modelo de articulação intersetorial, mas há municípios envolvidos em outras "agendas sociais" semelhantes adotando esta forma de ação articulada.

De acordo com Inojosa (1999), há três tipos de redes conhecidas: as subordinadas, as tuteladas e as de compromisso mútuo. A primeira — subordinada — é mobilizada por um poder central administrativo, que controla sua ação e os recursos necessários para seu funcionamento e o desenvolvimento do projeto intersetorial. A segunda — tutelada — é mobilizada por uma instituição que oferece recursos para a realização de um determinado projeto intersetorial. Estas duas formas são frágeis, pois não são sustentadas por compromisso dos que participam dela, mas por poderes ou recursos do órgão mobilizador. A terceira — de compromisso mútuo —, que implica adesão voluntária do governo, do terceiro setor e da iniciativa privada, em ação integrada e parceira para a resolução de problemas intersetoriais, tem sido uma forma utilizada pelos municípios da região do ABCD de São Paulo. Nesta região, as cidades se articulam para resolução de seus problemas regionais através de consórcios, convênios e acordos e desenvolvem projetos sociais para a região como um todo, com participação popular. Cada cidade, com sua identidade, seus interesses e sua distribuição de poderes específicos — intersetoriais ou setoriais, em termos de aparato de governo —, se articula com outras organizações da sociedade civil para o desenvolvimento de projetos e programas, via consórcio, em rede, sem hierarquia, sem comandos e sem barreiras setoriais, só por compromisso com seus pares e pelo interesse na resolução de seus problemas. Esta seria mais uma boa opção para as cidades e autoridades municipais que estão começando a desenvolver seus projetos, como Bertioga e Limeira ou outras que, no futuro, de-

sejarem implementar projetos de cidades saudáveis, cumprindo o compromisso político de elaborar e implementar políticas públicas saudáveis, numa perspectiva interdisciplinar e intersetorial.

A respeito da forte liderança do setor saúde, sugerimos aos interessados que sigam a recomendação da Organização Pan-americana de Saúde (Opas, 1999:28-9): "a ação intersetorial demanda da área de saúde não somente iniciativa, mas sobretudo receptividade. É necessário responder a convocatórias de outros setores e/ou contribuir na ação de instâncias de ação intersetorial, onde se abordem os problemas da população através de ações que sejam baseadas em um *pensamento intersetorial* e se obtenha uma *coordenação intersetorial* para concretizar *projetos intersetoriais*".

Referências bibliográficas

Almeida, E. S. Cidade/município saudável — a questão estratégica: o compromisso político. Saúde Social, *6*:71-81, 1997.

Bernestein, E.; Wallerstein, N.; Braithwaite, R.; Gutierrez, L.; Labonte, R. & Zimmerman, M. Empowerment forum: a dialogue between guest editorial board members. *Health Education Quarterly, 21*:281-94, 1994.

Buss, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, *5*(1):163-77, 2000.

Duhl, L. J. The healthy city: its function and its future. *Health Promotion*, *1*:55-60, 1986.

Ferraz, S. T. *Cidades saudáveis: uma urbanidade para 2000*. Brasília, Paralelo 15, 1999.

Goumans, M. *Innovations in a fuzzy domain. Healthy cities and (health) policy development in the Netherlands and the United Kingdom*. Maastricht, Faculty of Health Sciences, University of Maastricht, 1997. (PhD Thesis.)

Hancock, T. The evolution, impact and significance of the healthy cities/healthy communities movement. *Journal of Public Health Policy*, *14*(1):5-18, 1993.

Inojosa, R. M. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, FGV, *32*(2):35-48, mar./abr. 1998.

———. Movimento Municípios Saudáveis: aspectos legais relacionados à operacionalização e implementação do planejamento intersetorial. In: Seminário Nacional Movimentos Saudáveis: Aspectos Conceituais, Legais e Operacionais. *Anais*... São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, 1999.

Japiassu, H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro, Imago, 1976.

Junqueira, L. A. P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saúde Social*, *6*(2):31-46, 1997.

——— & Inojosa, R. M. *Desenvolvimento social e intersetorialidade: a cidade solidária*. São Paulo, Fundap, 1997.

Luck, H. *Pedagogia interdisciplinar. Fundamentos teórico-metodológicos*. Rio de Janeiro, Vozes, 1995.

Mendes, E. V. *Uma agenda para a saúde.* São Paulo, Hucitec, 1996.

Mendes, R. *Cidades saudáveis no Brasil e os processos participativos; os casos de Jundiaí e Maceió*. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, 2000. (Tese de Doutorado.)

Morin, E. *Para sair do século XX*. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1987.

———. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1996.

Opas. Organización Panamericana de la Salud. *Planificación local participativa: metodologías para la promoción de la salud en América y el Caribe.* Washington, D.C., 1999.

Severino, A. J. Subsídios para uma reflexão sobre os novos caminhos da interdisciplinaridade. In: Sá, J. L. M. *Serviço social e interdisciplinaridade.* São Paulo, Cortez, 1989. p. 11-21.

Viana, A. L. D. Novos riscos, a cidade e a intersetorialidade das políticas públicas. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, FGV, *32*(2):23-33, mar./abr. 1998.

Wallerstein, N. Powerlessness, empowerment, and health: implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, *6*:197-205, 1992.

Werna, E. As políticas urbanas das agências multilaterais de cooperação internacional para países em desenvolvimento. *Espaço e Debates* (39):10-12, 1996.

Westphal, M. F. O movimento de municípios saudáveis e a conquista da qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, *5*(1):39-51, 2000.