

Tecnologias apropriadas em saúde urbana e ambiente na cidade do Rio de Janeiro

Maria Teresa de Olivetra Ewbank

RESUMO. O presente artigo trata da cidade do Rio de Janeiro. Começa com uma breve notícia histórica e prossegue relatando algumas ações que mesmo partindo da academia podem ser encampadas pela administração municipal com o fim de melhorar alguns dos mais importantes problemas urbanos de saúde e ambiente. Faz-se, em seguida, a descrição da Iniciativa Rio-Cidade Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), formulada sob a ótica do conceito ampliado de saúde e de novos projetos de pesquisa, cuja intervenção prática pretende responder a médio prazo à questão da melhoria da qualidade de vida das populações urbanas mais desfavorecidas.

Introdução

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o mundo apresentou, no ano de 1985, uma população de 1.983 milhões de habitantes concentrados nos seus 35 maiores aglomerados urbanos. Segundo a mesma fonte, no ano 2000 a população urbana mundial será de 2.845 milhões de habitantes (Tabizadeh *et alii*, 1991). Esses espaços urbanos tão disputados apresentam hoje um somatório de problemas entre os quais os de saúde, saneamento

Maria Teresa de Oliveira Ewbank é professora da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Departamento de Ciências Sociais.

Recebido para publicação em março de 1994.

além dos problemas ambientais, que estão a exigir soluções inovadoras urgentes.

O Rio de Janeiro é uma cidade antiga, em termos do continente latino-americano, fundada a 1º de março de 1565.

Foi entreposto de mercadorias da então colônia, porto de embarque de metais preciosos para a Europa e, sucessivamente, sede do reino português, capital do Império e da jovem República do vasto território do Brasil. Esgotado seu papel de entreposto do ouro, transformou-se ao longo do século XIX em grande metrópole livre e comercial. Essa situação se manteve até que, em 1960, o presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira transferiu a sede do governo para Brasília, sob o impulso da ideologia desenvolvimentista dos anos 50.

A cidade teve sua fisionomia original alterada pelas múltiplas intervenções de planos urbanísticos, onde se destacam as medidas de inspiração sanitarista com base nas quais aterraram-se mangues, derrubaram-se morros e colinas, abriram-se ruas e avenidas no afã de arejar a cidade. Foram ações que se estenderam do século XVIII, com o Mestre Valentim, até o começo deste século com o prefeito Pereira Passos.

A partir da década de 30, e acentuando-se ao longo da década de 50, a cidade passou a receber importantes levas migratórias e a proliferação de favelas data dessa época.

Em 1964 o governo federal adotou oficialmente uma política econômica de concentração de rendas que teve grande impacto sobre as cidades brasileiras. O Rio de Janeiro absorvia municípios vizinhos e se transformava numa imensa e contínua área construída: a região metropolitana. Na época dizia-se que a cidade estava inchada, segundo expressão de Gilberto Freyre; hoje dizemos saturada. O Rio de Janeiro se transformava numa megacidade.

Burguesia e classes médias continuaram se concentrando nos espaços melhor equipados como já vinha ocorrendo, ocupando as áreas nobres das zonas Norte e Sul, enquanto os pobres se espalharam pelos subúrbios e pela periferia longe dos lugares de trabalho e das amenidades proporcionadas pela cidade. Em 1980 o município do Rio contava aproximadamente com cinco milhões de habitantes. Destes, mais de dois milhões circulavam pelo centro que foi se especializando como área comercial, bancária e de negócios. Ali, envolvidos pelo casario antigo do centro histórico, os pequenos sobrados ecléticos e os monumentos tombados convivem com um

centro financeiro distribuído ao longo de artérias emolduradas por altos prédios modernos hoje em sua quinta geração.

Segundo os resultados preliminares do censo de 1991, o município do Rio de Janeiro tem hoje aproximadamente, 9.600.000 habitantes. Podemos falar, portanto, numa desaceleração de seu crescimento populacional. Isso significa que o problema das migrações, que tanto preocupava os planejadores das décadas passadas, já não se coloca com tanta ênfase. Os problemas da metrópole, porém, permanecem graves.

A iniciativa Rio de Janeiro cidade-saúde

No ano de 1991, ao tomar contato com a rede de Cidades-Saúde da OMS, percebi que o projeto *Healthy-Cities* ou *Villes-en-Santé* se apresentava como uma tecnologia apropriada para ser implantada numa cidade como o Rio de Janeiro, com suas carências de saúde e ameaças ao ambiente. Esse projeto trabalha com o conceito ampliado de saúde, segundo o qual a saúde não é apenas a ausência de doenças, mas sim um estado de bem-estar físico, psicológico e mental. Inere-se de tal visão que os limites individuais no fornecimento de higiene e de limpeza são dados pela responsabilidade societal, onde não está excluída a parte governamental na execução de serviços, sobretudo os de água, lixo e esgotos. Acrescente-se a esses a oferta de empregos, o zelo pelo passado histórico e cultural da cidade e a oferta de lazer. Por outro lado, ao alcance individual estão a solidariedade, os deveres para com a saúde que cada cidadão deve exercer, numa palavra, o direito de cidadania. Trata-se, portanto, de um conceito global que inclui as condições gerais de vida no estabelecimento de uma boa saúde.

Por esses motivos, foi formulado o Projeto Ciência e Tecnologia, Saúde e Ambiente na Cidade do Rio de Janeiro que, como primeira atividade, organizou um amplo ciclo de seminários denominado *II Ciclo de Debates sobre Política Tecnológica e Desafios da Saúde no Novo Milênio: Metrôpoles e Saúde*.

O ciclo baseou-se na interface metrópole/saúde e ambiente e promoveu quatro seminários ao longo de 1992, como meio de reunir subsídios para que o Rio de Janeiro pudesse se candidatar a integrar a rede da OMS, como primeira *Healthy City* latino-americana em que

pesem os esforços da cidade de Cali que tem a iniciativa mais antiga, nessa direção.

Os quatros seminários abordaram:

- 1) As redes de informação sobre Ciência e Tecnologia, Saúde e Ambiente no Rio de Janeiro, realizado em abril de 1992;
- 2) Riscos Tecnológicos na Cidade, no Ambiente, no Trabalho, no Domicílio e no Trânsito, realizado em julho;
- 3) Rio de Janeiro: uma cidade saturada?, em agosto;
- 4) A Cidade-saúde e o Dever de Saúde, em outubro.

O último seminário contou com a participação de pesquisadores e professores do Ressorcom de Saint Denis e do Grass de Paris, órgão vinculado ao Centro Nacional de Pesquisas Científicas (CNRS), envolvidos nos seminários "Ville-Santé" que o ministério de la Ville patrocinou durante três anos em Paris

O ciclo levantou as principais questões ambientais e de saúde de uma grande metrópole como o Rio de Janeiro e reuniu quatro tipos de atores sociais básicos que atuam na cidade, a saber, os que pensam teoricamente as questões urbanas como os professores e pesquisadores que refletem sobre a urbe; os que recomendam e executam as decisões da política urbana, como os técnicos de secretarias municipais, e os membros de organizações não-governamentais; os que legislam e decidem, como os políticos eleitos; e, finalmente, os que compõem o setor organizado da população, como os membros de grupos informais organizados.

Esses "atores" foram representados por mais de trinta profissionais envolvidos nas questões urbanas.

Paralelamente a essa primeira ação, numa parceria com pesquisadores do Departamento de Saneamento e Saúde Ambiental organizou-se uma dragagem de emergência do rio Farias-Timbó que atravessa a região de Manguinhos onde se situa a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Durante os meses de janeiro, fevereiro e março de cada ano, esse rio costuma dobrar seu volume de água em consequência das chuvas tropicais que caem sobre a cidade e pelo fenômeno de refluxo causado pelas lunações da lua cheia. Esse fenômeno provoca dramáticas enchentes que inundam as casas ribeirinhas. Por essa razão, a limpeza desse rio se apresentava como prioritária para os moradores da área.

A limpeza do rio, executada pelos moradores em regime de mutirão e com a ajuda de pás mecânicas da prefeitura, teve como resultado imediato impedir a enchente durante os anos de 1993 e 1994, quando foi novamente realizada, apesar das fortes chuvas do verão.

Discussão e métodos

O Brasil tem cerca de dez cidades com mais de um milhão de habitantes, sendo duas delas, Rio de Janeiro e São Paulo, consideradas hoje megacidades com mais de dez milhões de habitantes passando por um processo de conurbação.

Sabe-se que a maior parte dos brasileiros (75%), vive em cidades e tal fato nos leva a refletir sobre diferentes aspectos da questão urbana notadamente, no que tange aos temas da saúde e do ambiente.

Pode-se dizer que o modelo de urbanização adotado no país ao longo dos tempos produziu esquematicamente dois tipos de cidades, sobretudo nas regiões metropolitanas: a cidade dos ricos, abrigando uma população que desfruta de boa qualidade de vida, inclusive bons serviços públicos; e a dos pobres, das favelas, loteamentos irregulares, cortiços e conjuntos habitacionais de baixa renda, onde as pessoas moram em beiras de rios e córregos poluídos, em encostas de morros que deslizam com as chuvas, perto de depósitos de lixo, em conjuntos habitacionais que estão ruindo etc.

O município do Rio de Janeiro tem mais de 50% de sua população vivendo em moradias inadequadas, sendo que um milhão de pessoas moram em favelas, oitocentos mil em loteamentos irregulares, 935.510¹ em conjuntos habitacionais. Somem-se a esse número, a população de rua, os que moram debaixo de viadutos, em cortiços ou os que não moram, sobrevivem apenas nas ruas da cidade.

Em contraposição, tem-se a cidade moderna onde vive uma população de maior poder aquisitivo e ocupa áreas nobres da cidade.

Em Manguinhos, na zona Norte da cidade do Rio de Janeiro, situa-se a Fundação Oswaldo Cruz, rodeada pelo Complexo de Manguinhos, nove comunidades, com cerca de trinta mil habitantes, às quais se acede por importantes artérias viárias.

Considerando-se a geografia da região, são frequentes os registros de inundações e desabamentos, às margens dos rios Jacaré e Farias Timbó, que cortam a área, pela ausência de drenagem em seus

curso, e posicionamento das vigas na passagem da via férrea, frequentemente obstruídas pelo lixo que altera o curso das águas. Somando-se a esta questão, encontramos outras típicas dos núcleos populacionais de baixa renda.

Essas comunidades se assentaram, inicialmente, em terrenos da União cedidos pela família do então presidente Getúlio Vargas, no final da década de 40. Durante os anos 70, em consequência das migrações populacionais em direção à cidade, os terrenos adjacentes foram ocupados de maneira desordenada, acarretando muitos problemas de saneamento básico intimamente associados aos riscos sociais que as condições de amontoamento favorecem. Essas comunidades contam com uma infra-estrutura de equipamentos urbanos precária, embora não de todo desprezível.

A água tem fornecimento irregular, a eletricidade, porém, é distribuída a todos; há coleta de lixo, ainda que em certos pontos da área os dejetos sólidos se acumulem a céu aberto, sendo um fator de risco sanitário imediato para crianças e adolescentes que brincam nas proximidades. Há muitos telefones instalados nas residências, embora haja poucos telefones públicos, e as vias de acesso são relativamente desimpedidas, sendo a área plana.

Há escolas municipais e estaduais e o atendimento de saúde é assegurado pela Unidade Sanitária da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fiocruz, que atende gratuitamente os problemas de ginecologia, pediatria, cardiologia, neurologia, clínica geral e saúde mental. Há nas proximidades dois hospitais gerais.

Com a intenção de fazer face concretamente a alguns dos problemas ambientais e de saúde da área e, por outro lado, dar prosseguimento à Iniciativa Rio de Janeiro Cidade-Saúde, estão em andamento algumas pesquisas a partir de cuja metodologia pretende-se introduzir melhorias objetivas na qualidade de vida da área de Manguinhos.

A primeira delas se intitula Universidade Aberta e é um projeto de objetivos múltiplos destinado a reunir os esforços da Fiocruz, através da ENSP e do Instituto Politécnico de Saúde Joaquim Venâncio, das Associações de Moradores do Complexo de Manguinhos, de representantes de grupos organizados da sociedade e de agências governamentais, como a Companhia Estadual de Águas e Esgoto (Cedae), Companhia Municipal de Limpeza Urbana (Comlurb) e

outras, com o objetivo de promover através da parceria dessas instituições um aprimoramento cultural da população.

Esse projeto é uma verdadeira ação global de saúde, abrangendo dez subprojetos que visam à melhoria da qualidade de vida da população através da moradia, do levantamento de hábitos e do arcabouço sócio-cultural, da melhoria da infra-estrutura de saneamento básico em termos do suprimento de água potável, esgotos e coleta de lixo e finalmente da melhoria da renda e da oferta de empregos.

Este último subprojeto pretende ajudar a montar cooperativas de costura destinadas às mulheres das comunidades do Complexo de Mangueiros e hortas comunitárias destinadas aos idosos, de tal sorte que o produto da venda de roupas e objetos de pano e o excedente das plantações, contribuindo para o aumento da renda familiar, reverta em alterações significativas para a saúde dos grupos familiares participantes, uma vez que é clara e clássica a relação aumento de renda x melhoria da qualidade de vida = melhoria da saúde.

Segundo Hardoy (Hardoy *et alii*, 1990), das 48 doenças mais comuns no mundo, 25 podem ser reduzidas a um custo relativamente baixo *per capita* só com a adoção de medidas de melhoria da qualidade de vida, em primeiro lugar, a melhoria da renda familiar acompanhada de melhorias na habitação, nos padrões de nutrição e cobertura adequada em cuidados primários de saúde.

O mesmo pode-se dizer quanto a oito das 15 causas mais comuns de mortes no mundo. A melhoria de renda e a melhoria do padrão nutricional são, pois, fatores tanto intermediários como de fundo na determinação da saúde de qualquer população.

Por isso, a segunda etapa do subprojeto de cooperativas é a criação de hortas com produtos hortifrutigranjeiros e ervas medicinais de largo uso pela população, visando a melhorar o padrão alimentar da comunidade na medida em que sua produção se destinará às creches das escolas da área. Por outro lado, o excedente dessa produção, comercializado pelos moradores, também contribuirá para melhorar o padrão de vida e a saúde dos moradores tal como no caso das cooperativas. Por fim, o uso orientado de ervas medicinais, contribuirá para diminuir a automedicação excessiva dessa população.

Sabemos que o desemprego, o subemprego, a baixa renda e a desnutrição são condicionantes diretos do mau estado de saúde de

qualquer população. Sabemos também que as tentativas feitas para melhorar e promover a saúde dos pobres das cidades só terão possibilidade de surtir efeito se elas se inscreverem numa luta global contra a pobreza, no contexto de empreendimentos que conduzam à criação de empregos e de iniciativas que resultem em atividades geradoras de renda.

As carências nutricionais são fatores de uma má saúde, favorecendo a transmissão de doenças que se combinam com outras e acabam por influenciar as taxas de mortalidade. Em todas as partes do mundo, observou-se que nas áreas faveladas, a população consome, em geral, alimentos cujo valor energético se situa abaixo do terço daquilo que é consumido pela população que vive nas áreas urbanizadas. O consumo de vitaminas A equivale a dois terços da média desse consumo nas cidades como um todo, enquanto as taxas de anemia podem ser duas vezes maiores do que as do resto da população (Tabibzadeh *et alii*, 1991).

Por outro lado, no regime de concorrência feroz comum nas cidades, as mulheres quase sempre são obrigadas a trabalhar pelo menos uma parte do seu tempo para complementar a renda familiar, ou então porque são elas efetivamente os chefes da família. Nessas condições, elas têm menos tempo para se dedicar ao preparo das refeições. Podem, além disso, ser obrigadas a dar uma autonomia precoce a seus filhos, deixá-los sob a guarda de crianças maiores e adolescentes incapazes de prepararem corretamente os alimentos para os bebês ou recém-nascidos ou se tornarem presa fácil da propaganda de alimentos. Podemos, enfim, encontrar múltiplas combinações dessas possibilidades. Acrescentem-se a tudo isso os riscos a que as crianças ficam expostas quando estão longe da guarda de suas mães, que vão desde os riscos de ingerir substâncias químicas tóxicas ao risco de quedas (quedas das lajes de casa, em favelas) e de lesões devidas aos acidentes de trânsito e acidentes provocados por armas diversas, brancas e outras. O Hospital Municipal Miguel Couto, no Rio de Janeiro, registrou no ano de 1991 nada menos do que 13 acidentes devidos a quedas de ônibus na faixa etária que varia de um a 18 anos; 94 lesões devidas a acidentes de trânsito e 104 atropelamentos. Para o ano de 1990, segundo dados do Centro de Controle de Intoxicação, houve uma concentração de casos de intoxicação nos horários entre as 9h da manhã e as 17h, que correspondem ao período em que os pais ou adultos das famílias não



se encontram em seus lares e as crianças ficam mais expostas. A maioria desses casos foi acidental e atingiu principalmente crianças de menos de um a cinco anos.²

A renda familiar está diretamente ligada aos problemas de alimentação e nutrição. A permanência das mulheres em locais próximos às suas residências atingiria diretamente o problema da guarda das crianças. Trata-se, portanto, de um componente fun-

damental externo à saúde com vinculações diretas a ela, que deveria constar de um programa de cuidados primários de saúde.

Convém lembrar que a atividade de corte e costura é, no Brasil, tradicionalmente desenvolvida pelas mulheres. Cabe a elas não só "sustentar a metade da abóboda celeste", como reza uma máxima oriental, mas também arcar com a responsabilidade por muitos domicílios. No Brasil, de 15 a 19% dos domicílios são chefiados por mulheres.³

Por outro lado, a taxa de ocupação da população ativa feminina em 1983 revela que 93,7% das mulheres ocupadas no setor formal da economia são costureiras.⁴ Outro dado indica que, independentemente do porte de uma empresa industrial, a maior concentração de força de trabalho feminina está no ramo de vestuário, calçados e artefatos de tecido. O mesmo ocorre nas atividades de comercialização onde se reproduz o mesmo perfil. Tanto para o setor primário como para o de serviços é também significativa a concentração de mulheres nas atividades ligadas à alimentação.⁵

Finalmente, há que referir um levantamento preliminar efetuado pelo projeto Universidade Aberta junto à população do Complexo de Manguinhos. Tal levantamento executado em prazo limitado e efetuado com a colaboração das Associações de Moradores e Associações de Mulheres da área obteve 1.200 respostas. A apuração dessas respostas ainda é provisória.

Feitas essas ressalvas, diga-se que, conforme a primeira análise desses resultados indica, há uma situação de grave desemprego na área. Esse desemprego atinge cerca de 80% das pessoas entre 18 e 42 anos, homens e mulheres. É uma situação característica da urba-

nização acelerada comum nas sociedades latino-americanas após os anos 50. É também um quadro componente da realidade social urbana do país nos nossos dias que sublinha a pauperização das massas trabalhadoras.

Por outro lado, em relação às opções pelos tipos de cooperativas possíveis, obteve-se que a maioria prefere cooperativas de costura, alimentação e coleta seletiva e reciclagem de lixo.

Tais dados, ainda que provisórios, tendem a indicar o acerto de nossa proposta.

Esse projeto teve algumas dificuldades na sua concretização. Em primeiro lugar, foi preciso lutar contra a indiferença da população face aos projetos institucionais oficiais confundidos com iniciativas de caráter eleitoral.

Essa primeira dificuldade foi parcialmente contornada pelo prestígio da Fiocruz, cujas iniciativas em favor da saúde na área já têm uma longa tradição.

Instalada a comissão paritária Fiocruz/Associações de Moradores do Complexo de Manguinhos, depois da realização de diversas reuniões com as lideranças populares, surgiu a segunda grande dificuldade, com o clima de considerável violência física que eclodiu na área.

Essa circunstância levou a direção da Fiocruz a tomar medidas práticas de segurança para proteger seus funcionários. Tais medidas repercutiram negativamente entre os moradores do Complexo de Manguinhos.

Além disso, as matérias publicadas na grande imprensa contribuíram bastante para agravar a situação, quase comprometendo o desenvolvimento dos trabalhos.

Contudo, a proposta feita pela coordenação da Universidade Aberta de instalar cooperativas mistas de produção e serviços no Complexo de Manguinhos, enquadrando-se no programa nacional contra a fome e em favor do emprego liderado pelo sociólogo Herbert de Souza, foi um importante instrumento para viabilizar o prosseguimento dessa ação em favor da saúde e do ambiente.

O outro projeto é a continuação da Iniciativa Rio Cidade-Saúde na sua segunda etapa, que prevê a realização do Seminário Cidade-Segura, onde serão abordados os aspectos de risco tecnológico a que a população está exposta sobre o tríplice aspecto da poluição atmosférica por metais pesados (trânsito incluindo os veículos e o trans-

porte de cargas tóxicas); presença crescente de animais peçonhentos nas cidades; acidentes no domicílio por ingestão ou estocagem de materiais tóxicos.

A iniciativa Rio de Janeiro Cidade-Saúde trabalha com a noção de risco social que vem merecendo a atenção de sociólogos como Patrick Lagadeck (1980) e Niklas Luhman (1991). Cabe aqui fazer uma pequena digressão sobre tal conceito. Riscos são muitos, de inumeráveis procedências e causas. O conceito de risco é adotado por várias disciplinas e serve a numerosos fins. Há o risco na aceção epidemiológica, o risco ocupacional, o risco ambiental, o risco natural, e assim por diante.

Para o fim que nos interessa, o conceito de risco social e tecnológico está associado à questão da produção industrial e à utilização social da tecnologia. Desse modo, consideram-se os efeitos para a saúde humana advindos da difusão em larga escala dos produtos industriais.

Pode-se exemplificar tomando o caso das intoxicações resultantes da utilização de produtos tóxicos, tais como ceras, detergentes e organo-clorados de uso disseminado nos lares. Assim também há os casos de intoxicação mais lenta pelo consumo de alimentos industrializados.

Há ainda os riscos que provêm da inalação de gases tóxicos contendo metais em suspensão produzidos pelos veículos no trânsito, assim como pelas emanações de conjuntos industriais, como é o caso das refinarias de petróleo, tendo-se que acrescentar também os riscos de liberação de material atômico, assim como o lixo tóxico.

Finalmente, há que considerar os riscos advindos da própria construção de moradias seja pelos materiais empregados, por sua técnica de construção ou por sua localização física e espacial.

Segundo pesquisadores que trabalham com a construção social do conceito de risco social (Freitas, 1993), os fatores de contaminação ambiental, responsáveis pela degradação do ambiente, são fatores de risco para a saúde humana e se verificam tanto nas áreas rurais como urbanas.

Não obstante isso, pelo fenômeno de concentração populacional nas aglomerações urbanas a que já se aludiu, pode-se dizer que é no meio urbano que o conceito se aplica com mais propriedade, pois ali encontramos fatores como as emissões de poluentes na atmosfera pelos veículos automotores e pelas indústrias, o acúmulo de grandes

volumes de lixo tóxico ou o despejo de dejetos industriais nas águas de rios, lagoas ou mares.

Impossível esquecer, ainda, a questão dos riscos associados aos acidentes — cortes dramáticos na história em que a atenção geral se volta para o risco — produzidos por indústrias, ou por usinas nucleares, no caso do despejo ou vazamento de material atômico. São numerosos os exemplos: Three Mile Island, Chernobyl, o acidente com o césio 137 em Goiás e o da Bayer em 1992, as nuvens tóxicas, como a de Seveso.

Os poluentes industriais são também lançados na atmosfera sem tratamento por parte das indústrias e com pouco ou nenhum controle dos órgãos de gerenciamento ambiental, resultando em situações difíceis, como é o caso de Cubatão, da baía de Guanabara, da de Santos e dos grandes rios Paraíba do Sul e Tietê.

Já o lixo tóxico, se depositado sem controle ou cuidado, provoca situações igualmente perigosas como aconteceu na Cidade dos Meninos no município de Caxias (RJ), em que grande quantidade de material tóxico foi depositado sem qualquer cuidado, provocando a contaminação da área e ameaçando a saúde de crianças recolhidas ao orfanato próximo (Brilhante, 1992).

Este seminário buscará identificar em todos os Estados e particularmente nas quatro cidades brasileiras que dispõem de iniciativas Cidade-Saúde (Rio de Janeiro, São Paulo, Curitiba e Ipatinga) os programas e experiências de prevenção de acidentes.

Feito isso, se promoverá a interligação dessas experiências entre si, vertical e horizontalmente e finalmente se identificarão em cada cidade grupos e instituições objetivando o intercâmbio de informações.

Com essas medidas, estaremos criando o embrião da rede latino-americana de Cidades-Saúde.

A principal dificuldade que a operacionalização desse projeto vem enfrentando tem sido o de chocar-se com o imobilismo da estrutura burocrática de setores da administração municipal e com a ausência de uma decisão política voltada para a tomada de decisão que possa objetivamente transformar as condições de vida na cidade. A superação dessa limitação faz parte das pré-condições de qualquer Cidade-Saúde e há que procurar realizar as alianças político-institucionais necessárias para sua solução.

Esses projetos funcionarão como experiências-piloto a serem disseminadas em outras áreas da cidade.

Conclusões

As idéias expostas nesse artigo desembocam, de modo geral, em soluções técnico-institucionais possíveis. Trata-se de um processo de revitalização da cidade para torná-la um lugar mais atraente para largos setores da população através do uso de medidas apropriadas.

A melhoria dos equipamentos públicos direcionados para a saúde aí incluindo-se os ambientais, o provimento de empregos, o aumento da renda e outras medidas capazes de aprimorar a qualidade de vida da população, sem esquecer os importantes aspectos da educação formal, da cultura e do lazer que falam ao espírito do ser humano, é condição básica para o desenvolvimento harmônico de qualquer população.

Às vezes esquecemo-nos de que o espetacular declínio das taxas de morbimortalidade e os melhoramentos da saúde ocorridos na Europa e nos Estados Unidos da América do Norte, obtidos entre o fim do século XIX e o início do século XX se deveram mais à introdução de medidas desse tipo do que à multiplicação de estabelecimentos médicos ou mesmo a descobertas científicas na medicina.

O combate à desigualdade no país está nos levando à busca de soluções que possam erradicar a pobreza, rompendo com um sem-número de políticas compensatórias de baixíssima eficiência que acabam por atender a outros objetivos. É nesse quadro que se inscrevem as ações descritas no presente artigo e por isso podemos pensar que estão sendo feitos esforços nessa direção. Espera-se que ao longo do processo de implantação destes e de outros projetos que visam à melhoria da qualidade de vida, inclusive pela aplicação de metodologias que vêm sendo implantadas em nível mundial, como a das Villes-Santé ou Healthy Cities, se possa chegar a resultados mais satisfatórios antes do fim do século XX e do próximo milênio.

Notas

1. Dados da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social do Rio de Janeiro, apresentados no II Ciclo de Debates sobre Política

Tecnológica e Desafios da Saúde no Novo Milênio: Metrôpoles e Saúde, NECT/Fiocruz, Rio de Janeiro, 1992.

2. O Programa de Apoio à Pesquisa Estratégica em Saúde (Papes) foi lançado em 1993 pela Fiocruz. É nele que se insere o Projeto Articulado de Melhoria da Qualidade de Vida Universidade Aberta sob a coordenação geral de Sachna Elyasz Cynamon, a sub-coordenação de Maria Cristina B. de Figueiredo, Maria Teresa de O. Ewbank e Ignez Maria F. Siqueira e grande equipe de pesquisa, onde se destacam Débora C. Kigerman, Eduardo de Mendonça, Justa Helena B. Franco, Maria José Salles, Elizabeth A. Romeiro, Simone C. Cohen e Washington Luiz M. Silva.
3. II Seminário Nacional: Políticas Econômicas, Pobreza e Trabalho. Ipea, n.º 7/94, maio de 1994, p.80
4. Idem, p. 17
5. Ibidem, p.60

Referências bibliográficas

- ASHTOR, John, M.B. (1991). *The healthy cities project: a challenge for health education*. *Health Education Quarterly*, vol. 18 (1).
- BRILHANTE, O. M. (1992). "Riscos tecnológicos". *II Ciclo de Debates sobre Política Tecnológica e Desafios da Saúde no Novo Milênio: Metrôpoles e Saúde*. NECT/Fiocruz.
- EWBANK, Maria Teresa de O. (1994). "Projeto pretende resgatar a Cidade Maravilhosa", *Políticas Governamentais do IBASE*, 99, Rio de Janeiro.
- _____ (1992) "O Rio poderá ser uma cidade-saúde", *Políticas Governamentais*, 85, Rio de Janeiro.
- FREITAS, Carlos Machado de (1994). *Riscos tecnológicos, ambiente e saúde. Em busca de um sistema racional de informação*. Rio de Janeiro, Fiocruz (mimeo).
- GREENWOOD, R. (1981). "Distribuição de metais pesados (cobre, zinco e chumbo) em áreas rurais do Grande Rio de Janeiro". *Revista Brasileira de Geociências*, vol. 11.
- HARDOY, Jorge E. (org.) (1990). *The poor die young*, Londres, Earthscan Publications LTD.
- LUHMAN, N. (1991). *Soziologie des risikos*. Berlim/Nova York, Walter De Gruyter.

- PRPIC, M. D., HIRSAK, J. e SKENDER, L. (1988). "Biological and environmental monitoring in a lead smelter community. Proceedings on heavy metals in the hydrological cycle congress". Lisboa.
- TABIBZADEH *et alii* (1991). "Pleins feux sur les villes". *A méliorer la santé dans les villes du tiers-monde: Organisation Mondiale de la Santé*, Genève.
- THOMPSON, R. e OLDFIELD, F. (1986). *Environmental magnetism*. Londres, Allen & Unwin Ltd.
- UNESCO (1981). Les droits de l'homme dans la ville: les presses de l'Unesco. Paris.
- VARGAS, Portes Eliane *et alii* (1992). *Política de educação em saúde*, Rio de Janeiro, Panorama/ENSP.