

The perspective of healthy cities in the local elections programs of September 2013

A perspetiva das cidades saudáveis nos programas eleitorais das eleições autárquicas de Setembro de 2013

Bruno de Noronha Gomes¹

Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas, Universidade de Lisboa, Portugal

Resumo

O presente estudo tem por objetivo proceder a uma análise qualitativa de 49 programas eleitorais autárquicos das eleições de Setembro de 2013, tendo como referência para esse fim o enquadramento conceptual das Cidades Saudáveis da Organização Mundial da Saúde. Metodologicamente procedeu-se à recolha extensiva de programas eleitorais autárquicos, tendo-se obtido um total de 203 num potencial de 1047. Desses 203 procedeu-se à análise qualitativa de 49, aplicando-se uma tabela de análise por nós desenvolvida para o efeito. Os resultados obtidos demonstram que, em matéria de propostas políticas alinhadas com a filosofia das Cidades Saudáveis, os partidos candidatos apresentam um alinhamento entre as suas propostas e a possibilidade de exequibilidade conferida pela lei. Em termos de prioridades políticas, a análise dos programas apontou para as questões económicas (emprego, pobreza), de qualidade das infraestruturas municipais e as políticas para a juventude.

Palavras-chave

Cidades saudáveis, eleições, autarquias, determinantes sociais da saúde

Abstract

The purpose of the present study is to conduct a qualitative analysis of 49 municipal electoral programs of the September 2013 elections, with reference to the conceptual framework of the Healthy Cities of the World Health Organization. Methodologically, an extensive collection of municipal electoral programs was carried out, with a total of 203 out of a potential of 1047. Of these, a qualitative analysis of 49 was carried out, applying an analysis table developed for this purpose. The results show that, in terms of policy proposals in line with the Healthy Cities philosophy, the political parties present an alignment between their proposals and the feasibility afforded by the law. In terms of policy priorities, the focus was on economic issues (employment, poverty), quality of municipal infrastructure and youth policies.

Keywords

Healthy cities, elections, municipalities, health social determinants

¹ Doutorando em Administração em Saúde no ISCSP – UL. Mestre em Políticas de Desenvolvimento dos Recursos Humanos pelo ISCSP – UL. Enfermeiro Especialista em Reabilitação. brunonoronhagomes@gmail.com

1. Introdução

O objeto do nosso estudo são as políticas autárquicas assentes na modelação dos determinantes sociais da saúde como forma de aumentar a qualidade de vida dos munícipes, designadamente o nível de relevância que merecem nos programas eleitorais autárquicos.

Nesse âmbito, propusemo-nos analisar os programas eleitorais autárquicos das eleições ocorridas em Setembro de 2013, desenvolvendo para efeitos de análise dos programas selecionados uma matriz da nossa autoria, ainda que conceptualmente assente nas orientações da Fase V do projeto das Cidades Saudáveis da Organização Mundial da Saúde – Região Europa.

Estabelecemos, assim, como objetivo geral, perceber em que medida os programas eleitorais autárquicos elaborados para as eleições autárquicas de 2013 incorporam em si medidas alinhadas com aquilo que a OMS designa como Cidade Saudável.

A filosofia das Cidades Saudáveis incide sobre um grupo de determinantes sociais da saúde cuja incorporação no desenho e implementação de políticas autárquicas crê-se contribuir para o bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos que vivem nessas zonas geográficas. Por exemplo, Esliger, Sherar e Muhajarine (2012), no seu estudo *Smart cities, healthy kids: the association between neighbourhood design and children's physical activity and time spent sedentary* demonstraram a existência de uma relação entre o planeamento urbano e a atividade física e sedentarismo das crianças. Já Dannefer *et al* (2012) no seu estudo *Healthy bodegas: increasing and promoting healthy foods at corner stores in New York city* avaliaram a efetividade de uma iniciativa que consistia no aumento do *stock* e na promoção de alimentação saudável em 55 lojas de rua em urbanizações de baixos recursos socioeconómicos, demonstrando como iniciativas de baixo custo, dinamizadas pelo poder local, podem ter elevado retorno em termos de saúde das populações.

Na linha do nosso objetivo geral fixámos ainda como objetivos específicos:

- Avaliar se as candidaturas vencedoras das eleições são as que apresentam maior percentagem de propostas políticas concordantes com uma Cidade Saudável.
- Analisar se as cidades já consideradas Cidades Saudáveis (e nesses termos, pertencentes à Rede Nacional de Cidades Saudáveis) viram a principal força política manter-se no poder ou se se verificaram mudanças.
- Perceber quais os partidos que apresentam programas com maior percentagem de conteúdo concordante com uma Cidade Saudável.

- Inferir se é possível definir um modelo programático para uma Cidade Saudável, abstrato, que possa ser utilizado como base de trabalho para a elaboração de futuros programas políticos autárquicos.

A nossa abordagem metodológica foi eminentemente qualitativa, na medida em que se centrou na análise do conteúdo dos programas eleitorais autárquicos selecionados, à luz das categorias e subcategorias da matriz por nós desenvolvida.

2. Enquadramento teórico

Cidades Saudáveis e determinantes sociais da saúde

Para se entender o enquadramento teórico subjacente ao projeto das Cidades Saudáveis da OMS – Europa torna-se imperativo revisitar a estratégia “Saúde para Todos no século XXI” (1998), enquanto parte integrante do quadro político europeu Health21, que advogava por uma preocupação pela Saúde, na sua conceção abstrata, em todas as políticas públicas.

O objetivo do Health21 era atingir a capacidade plena de saúde para todas as pessoas na região europeia através de duas alavancas principais:

1. Promover e proteger a saúde das pessoas ao longo das suas vidas;
2. Reduzir a incidência das principais doenças e lesões bem como aliviar o sofrimento que causam.

É neste quadro que a OMS-Europa lançou o projeto Cidades Saudáveis, estabelecendo, desde logo, que o seu objetivo principal seria servir como suporte ao desenvolvimento de um processo orientado para a obtenção de cidades promotoras da qualidade de vida, e não tanto estabelecer objetivos mensuráveis que cada cidade deveria alcançar. Nestes termos, uma Cidade Saudável seria uma entidade cujos atores estão conscientes do nível de saúde que proporciona e que se esforçam para melhorá-lo.

Para se atingir tal desiderato havia que cumprir com dois requisitos, nomeadamente:

1. Haver um claro compromisso com a Saúde;
2. Implementar um processo e uma estrutura para alcançá-lo.

A OMS-Europa recomenda desde então um modelo básico para uma Cidade Saudável. Tendo como visão a construção de um forte movimento em torno da saúde pública a nível local, enfatiza a equidade, a governança participativa, a solidariedade e a colaboração

intersectorial enquanto princípios a adotar na abordagem aos determinantes sociais da saúde.

Esta forma de trabalhar e de pensar, além de envolver a população local no processo de tomada de decisão, requer um compromisso político e consequente desenvolvimento organizacional e comunitário que reconheçam que o processo é tão importante como os resultados.

Em 2005 a OMS-Europa adotou em Bursa uma tomada de posição que advogava que um bom planeamento territorial urbano pode moldar a saúde das pessoas através do *design* do ambiente envolvente, na medida em que este atua sobre os determinantes sociais da saúde, que incluem, por seu lado, o ambiente económico e social, o ambiente físico e as características e comportamentos individuais dos cidadãos.

Sistematizando, podemos afirmar que eles se expressam em cada uma das seguintes dimensões (OMS, 2014):

- Rede de transportes
- Agricultura
- Condições das habitações
- Tratamento dos resíduos
- Tipologias, gestão e consumos de energia
- Atividade industrial
- Planeamento urbanístico
- Água
- Níveis de radiação
- Nutrição dos indivíduos

Além dos determinantes sociais da saúde a OMS (2011) elenca ainda alguns aspetos das dinâmicas sociais que influenciam os níveis de saúde das populações e cuja natureza os torna elegíveis enquanto objeto de atenção das políticas públicas:

- O gradiente social – condições económicas e sociais pobres afetam a saúde ao longo da vida. As pessoas que se encontram nos escalões mais baixos da escada social correm o dobro do risco de contrair doenças graves e ocorrer em mortes prematuras do que aquelas que se encontram no topo.
- O *stress* – as circunstâncias sociais e psicológicas podem ser causadoras de *stress* de longo prazo. Ansiedade contínua, insegurança, baixa autoestima, isolamento social e falta de controlo no trabalho ou na vida familiar têm efeitos poderosos sobre a saúde.

- A qualidade dos primeiros anos de vida – estudos observacionais e de intervenção têm demonstrado que as fundações da saúde adulta são instituídas na primeira infância e antes do nascimento.
- A exclusão social – pobreza, privação económica relativa e exclusão social têm um impacto major na saúde e na morte prematura, sendo que as hipóteses de se viver na pobreza são bastante altas em determinados grupos sociais.
- O trabalho – de forma geral, ter um emprego é melhor para a saúde do que não ter nenhum. Porém, a organização social do trabalho, os estilos de gestão e as relações sociais no local de trabalho influenciam bastante os níveis de saúde.
- O desemprego – evidência obtida em diversos países demonstrou que os desempregados e as suas famílias sofrem de um aumento substancial do risco de morte prematura, além da forte ligação dos efeitos do desemprego à saúde mental.
- As redes sociais de suporte – o suporte social e as boas relações sociais são um importante contributo para a saúde, na medida em que conferem às pessoas os recursos emocionais e materiais de que estas necessitam.
- As dependências – a dependência do álcool, o uso de drogas ilícitas e o tabagismo estão associados a marcadores de desvantagem social e económica.

Quer os determinantes sociais da saúde quer as dinâmicas sociais aqui elencadas constituíram-se como valiosos contributos para a matriz por nós desenvolvida para efeitos da análise qualitativa dos programas políticos que constituíram a nossa amostra, na medida em que ajudaram a determinar as categorias e subcategorias de análise para efeitos da análise de conteúdo.

Metodologias de avaliação da qualidade de vida nas cidades

Para o desenvolvimento da matriz consideraram-se outros exemplos de metodologias de avaliação da qualidade de vida nas cidades, na medida em que os seus processos de construção e desenvolvimento, bem como as conclusões a que chegaram, proporcionaram indicações de erros a evitar e opções a considerar.

Por exemplo, no seu artigo *Ranking of cities according to public health criteria: pitfalls and opportunities* Ham et al (2004) elencam vários *rankings* relativos à qualidade de vida em cidades americanas desenvolvidos maioritariamente para revistas de cultura geral e algumas mais especializadas (*Places Rated Almanac*, *Natural Health magazine*, *Men's*

Fitness, *Money Magazine's* e *Fast Forward's* “*Sperling's Best Places*”). Embora os autores apontem como fatores positivos para estes *rankings* o facto de suscitarem o interesse e a atenção dos decisores políticos para as condições que modelam a qualidade de vida nas cidades, bem como servirem enquanto fatores de atração para novos residentes, empresas ou turistas, alertam que os mesmos se sustentam em dados de prevalência do domínio da saúde pública e medidas ambientais oriundas de múltiplas fontes cuja variabilidade é ignorada aquando da realização dos *rankings*. Os autores sustentam que os estudos comparam as cidades de acordo com indicadores de doença, prevalência de comportamentos, correlações de medidas de saúde ou uma miscelânea destes e que todos eles apresentam limitações metodológicas que é necessário atender aquando da sua interpretação. Afirmam também que os enquadramentos teóricos para relações doença-ambiente estão ainda nos seus primórdios, dada a mudança verificada nos paradigmas da saúde pública em meados de 1990, que redirecionou as atenções para as causas de doença multivariáveis. Os estudos de *rankings* podem, assim, conduzir a uma excessiva simplificação da complexidade destes sistemas, razão pela qual consideramos que as conclusões do presente artigo deverão ser analisadas com cautela e estamos cientes que a metodologia ora proposta enferma de questões que precisarão certamente de outros desenvolvimentos.

Em termos nacionais a empresa *Bloom Consulting* publicou em 2014 o *Portugal City Brand Ranking* ©, que se constitui como um ranking dos vários municípios portugueses de acordo com a sua performance nas vertentes de investimento (negócios), turismo (visitar) e talento (viver). Estando assente numa metodologia que recorre a dados de fontes primárias e secundárias, tem como principal objetivo quantificar a atratividade de cada município para se fazer negócios, visitar e viver. Constituindo-se como um contributo interessante para o nosso trabalho, tem diferenças nos seus fins que limitaram o seu contributo a questões metodológicas, nomeadamente no referente à natureza, obtenção e tratamentos dos dados.

A nível europeu o Eurobarómetro nº 366 foi o 4ª inquérito dirigido à qualidade de vida percebida pelos cidadãos nas suas cidades, tendo os anteriores sido aplicados nos anos de 2004, 2006 e 2009. Incluiu todas as cidades capitais europeias mais uma a seis cidades nos países de maiores dimensões, perfazendo um total de 79 cidades. Em cada cidade entrevistaram-se cerca de 500 cidadãos. Como contributos a destacar deste Eurobarómetro temos o facto de este identificar a satisfação com a limpeza, espaços verdes e espaços públicos, tais como mercados, praças e zonas pedestres, bem como o sentimento de segurança na cidade e na vizinhança, como sendo os aspetos que apresentam maior relação com a satisfação global de se viver numa dada cidade. Já em termos nominais, os serviços de saúde,

o desemprego e a educação/formação são os aspetos identificados como mais relevantes para a qualidade de vida numa cidade, na medida em que aparecem classificados acima da segurança, transportes públicos, infraestruturas rodoviárias, poluição do ar, habitação, serviços sociais e ruído.

As variáveis consideradas nestas metodologias de avaliação da qualidade de vida nas cidades tiveram forte ascendência nas categorias e subcategorias de análise por nós escolhidas para a matriz que elaborámos, sendo que, como não poderia deixar de ser, a mesma tinha ainda de respeitar mais um critério, designadamente o enquadramento legal do poder local em Portugal.

Enquadramento legal do poder local

Não faria sentido tornar a matriz sensível a dinâmicas que não estejam salvaguardas no enquadramento legal das autarquias locais, na medida em que estaríamos a querer avaliar compromissos de autarcas com base naquilo que a lei não os possibilita, ou mandata, cumprir. Nestes termos, selecionaram-se como peças jurídicas relevantes as seguintes:

- Lei n.º 75/2013, de 12 de Setembro – regime jurídico das autarquias locais.
- Lei n.º 22/2012, de 30 de Maio – regime jurídico da reorganização administrativa territorial autárquica.
- Lei n.º 50/2012, de 31 de Agosto – regime jurídico da atividade empresarial local e das participações locais.
- Decreto – Lei n.º 115/2006, de 14 de Junho – regulamentação da rede social.

Na Lei n.º 75/2013 chamamos a atenção para o seu artigo 2.º (atribuições), que estipula que *Constituem atribuições das autarquias locais a promoção e salvaguarda dos interesses próprios das respetivas populações*. Estamos em crer que a qualidade de vida e a saúde constituem interesses das populações, como ficou, aliás, demonstrado nos resultados do Eurobarómetro nº 366. A questão que se coloca aqui refere-se à medida em que a legislação permite esta promoção e salvaguarda dos interesses dos municípios, bem como a forma como os dirigentes autárquicos interpretam esses interesses.

Já o nº 2 do artigo 7.º da mesma Lei define como atribuições específicas das freguesias na prossecução da salvaguarda dos interesses das populações, em articulação com o município, as seguintes:

- a) Equipamento rural e urbano;
- b) Abastecimento público;
- c) Educação;
- d) Cultura, tempos livres e desporto;
- e) Cuidados primários de saúde;
- f) Ação social;
- g) Proteção civil;
- h) Ambiente e salubridade;
- i) Desenvolvimento;
- j) Ordenamento urbano e rural;
- k) Proteção da comunidade.

Todas elas concorrentes, e coincidentes em larga medida, com os parâmetros implícitos ao desenvolvimento de uma Cidade Saudável, como expusemos previamente.

Todavia, qualquer análise das dinâmicas autárquicas implica considerar a sua relação com o Estado, ou administração central, na medida em que muitos dos objetivos que as autarquias precisam prosseguir na lógica de Cidades Saudáveis implicam o acionamento de recursos e de processos que dependem em larga medida da administração central.

No que concerne à Saúde, esta realidade assume acentuada veemência devido ao modelo de gestão das unidades do Serviço Nacional de Saúde. Mas também aqui a Lei 75/2013 vem contemplar, por intermédio do seu artigo 113º, a *Intangibilidade das atribuições e natureza e âmbito da descentralização administrativa*. Diz este artigo que *No respeito pela intangibilidade das atribuições autárquicas e intermunicipais, o Estado concretiza a descentralização administrativa promovendo a transferência progressiva, contínua e sustentada de competências em todos os domínios dos interesses próprios das populações das autarquias locais e das entidades intermunicipais, em especial no âmbito das funções económicas e sociais*. Para o caso em apreço, sublinhamos as *funções económicas e sociais*.

Diga-se que a participação das autarquias nas opções estratégicas e gestionárias das entidades do Serviço Nacional de Saúde, que funcionam na dependência da tutela em diferentes graus (quer se tratem de unidades com o estatuto de Sector Público Administrativo ou de Entidades Públicas Empresariais), já se verifica através dos Conselhos Consultivos dos Hospitais EPE e das Unidades Locais de Saúde.

Optamos também por uma referência à Lei n.º 22/2012 de 30 de Maio por considerarmos que esta se reporta à lógica descentralizadora que configura maior autonomia,

e consequentemente maior capacidade, para dar resposta às necessidades e prioridades das pessoas num plano de elevada proximidade entre eleitos e eleitores. O desenvolvimento de medidas conducentes a uma Cidade Saudável só é concretizável numa lógica de descentralização do poder de decisão e de execução. Como Litvack *et al* (1998) demonstraram, a redução da influência central e a promoção da autonomia local conduzem a políticas mais flexíveis e eficientes, na medida em que as autoridades locais estão mais aptas a responder a necessidades locais e podem ter maior conhecimento e sensibilidade para os problemas locais. Perspetiva corroborada por De Vries (2000) ao afirmar que os decisores de sistemas centralizados tendem a negligenciar a complexidade dos problemas locais.

A referência à lei n.º 50/2012 de 31 de Agosto (regime jurídico da atividade empresarial local e das participações locais), mais concretamente ao seu artigo 45º, surge por força da tendência de muitas autarquias para criarem empresas municipais de forma a prosseguirem o seu mandato em diversas áreas. Olhando para as 7 alíneas do artigo 45º deduzimos facilmente que esta modalidade de gestão é aplicável a muitas áreas sensíveis a uma Cidade Saudável, pelo que poderemos considerar que existe a necessária flexibilidade gestionária, em termos de legislação, para prosseguir as atividades intrínsecas ao desenvolvimento e consolidação de uma Cidade Saudável.

Por último, uma referência ao Decreto-Lei n.º 115/2006, de 14 de Junho, que regulamenta as redes sociais. Da análise deste Decreto-Lei ressalta a centralidade das redes sociais dos municípios na prossecução de objetivos que podemos considerar conducentes e caracterizadores de uma Cidade Saudável. A literatura consultada evidencia que as autoridades locais estão muitas das vezes numa ótima posição para sentar à volta da mesa uma ampla variedade de atores locais e estimular a ação num sentido em que o sector da saúde, *per si*, não consegue (Saltman e Bankauskaite, 2007).

É genericamente aceite que o poder local tem uma contribuição vital a dar na promoção de boas práticas e mensuração do progresso ao nível da melhoria dos determinantes sociais de saúde (Comissão Europeia, 2007). Para tal, contribui uma maior atenção ao modelo social de saúde, que enfatiza a boa saúde como resultado de um ambiente socioeconómico positivo e releva a influência dos diversos fatores ambientais (Barton e Tsourou, 2000). Ao contrário do que acontece no modelo biomédico, curativo, no qual muitos dos determinantes dos resultados em saúde residem na provisão de cuidados pelos respetivos serviços de saúde, no caso do governo local, este tem a responsabilidade de providenciar outro tipo de serviços que são cruciais para os determinantes sociais da saúde: educação, transporte, condições de habitação e planeamento urbano.

3. Metodologia

Para a definição da metodologia de investigação, de base qualitativa, recorreu-se aos contributos de Quivy e Campenhoudt (2005), Albarello *et. al* (2005), Ribeiro (2010), Bardin (2006) e Fortin (2003).

O campo de análise foram os programas eleitorais autárquicos apresentados nas eleições de Setembro de 2013 adstritos às forças políticas com representação na Assembleia da República na XII legislatura e dos movimentos independentes. Para este efeito recorreu-se essencialmente à internet e à recolha manual de alguns programas. A amostra seria constituída, potencialmente, por 1047 programas, correspondendo aos 308 municípios, sendo que para o presente estudo se revelou viável a análise de 49² programas escolhidos aleatoriamente de entre os 203 recolhidos (16,2% da amostra potencial de programas). A razão pela qual se optou por fazer uma análise do ato eleitoral de 2013 e não do mais recente, de 2017, prende-se com a demora e dificuldade do processo de recolha dos programas, dado não existir uma entidade administrativa na qual estes tenham de ser depositados.

Como técnica de análise dos dados utilizou-se a análise de conteúdo, mais concretamente através da análise categorial e da análise de coocorrência (Campenhoudt, 2005), considerada a natureza dos dados recolhidos.

O instrumento de tratamento dos dados (documentais), como já referido, é uma matriz por nós desenvolvida que incorpora as dimensões contempladas na Fase V (2009) do projeto Cidades Saudáveis da OMS-Europa, segmentadas em função dos determinantes sociais da saúde (OMS, 2010; 2011; 2014) e ajustadas ao enquadramento legal em vigor para as autarquias locais em Portugal. Para a criação da matriz também recorreremos, além das metodologias de avaliação da qualidade de vida nas cidades aludidas no enquadramento teórico, aos contributos fornecidos por Ferrão e Guerra (2004) no seu trabalho *Municípios, Sustentabilidade e Qualidade de Vida: Contributos para a construção de um sistema de indicadores de monitorização da qualidade de vida nos municípios portugueses*.

A matriz teve várias evoluções, das quais não é dissociável a própria análise que se foi fazendo dos programas recolhidos. Os principais ajustes verificaram-se ao nível das categorias e subcategorias de análise, na medida em que, devendo permanecer fiel aos

² Correspondentes aos concelhos de Praia da Vitória, Águeda, Albergaria-a-Velha, Anadia, Aveiro, Espinho, Mealhada, Murtosa, Oliveira do Bairro, Ovar, Santa Maria da Feira, Vale Cambra, Beja, Cuba, Ferreira do Alentejo, Barcelos, Braga, Esposende, Guimarães, Vila Nova de Famalicão, Vila Verde, Vizela, Alfândega da Fé, Mirandela, Vila Flôr, Covilhã, Fundão, Cantanhede, Miranda do Corvo, Montemor-o-Velho, Penela, Arraiolos e Évora.

princípios subjacentes à Fase V do projeto das Cidades Saudáveis, era importante que a informação pudesse ser organizada de uma forma que por um lado não se traduzisse numa excessiva compartimentalização das várias unidades de análise e, por outro lado, não redundasse em categorias que ao englobarem tudo perdiam a sua sensibilidade às especificidades de cada programa.

Assim, ficámos com uma matriz com 18 categorias e 51 subcategorias, correspondendo cada uma a uma hipótese de tipologia de política pública, como se apresenta na tabela 1. Com base no descrito, podemos afirmar que a definição das categorias e subcategorias obedeceu a 3 critérios:

1. Representarem as dimensões contempladas na Fase V do projeto Cidades Saudáveis, ajustadas aos determinantes sociais da saúde e ao enquadramento legal em vigor para as autarquias locais.
2. Serem ajustadas, em termos de sensibilidade, às unidades de análise, de forma a evitar a excessiva compartimentalização destas ou, pelo contrário, a excessiva abrangência, com os prejuízos daí decorrentes para a análise da informação recolhida.
3. As subcategorias corresponderem a uma segmentação da tipologia de políticas públicas inscritas em cada categoria, que pela sua natureza e características são passíveis de uma autonomização facilitadora da sua análise.

Tabela 1 – Matriz de análise

Categorias	Subcategorias
1. Políticas para a juventude	1.1. Apoios e serviços para a primeira infância
	1.2. Apoios e serviços para a juventude
	1.3. Medidas de apoio à maternidade e paternidade
2. Políticas para idosos	2.1. Medidas orientadas para a promoção da participação da população idosa na vida da comunidade
	2.2. Medidas orientadas para a capacitação funcional da população idosa para uma vida independente
3. Políticas para os migrantes	3.1. Medidas promotoras da integração de migrantes
	3.2. Medidas promotoras da compreensão intercultural
4. Políticas conducentes à promoção de comportamentos preventivos, controlo e gestão de doenças	4.1. Cardiovasculares
	4.2. Oncológicas
	4.3. Respiratórias
5. Políticas para os serviços sociais e de saúde	5.1. Medidas conducentes a uma avaliação sistemática das necessidades sociais e de saúde da população
	5.2. Medidas promotoras de uma avaliação integrada, de base populacional e orientada para os fatores e determinantes sociais das doenças não transmissíveis

	5.3. Medidas conducentes ao reforço da capacidade dos sistemas de saúde locais em termos de acessibilidade
	5.4. Medidas conducentes ao reforço da capacidade dos sistemas de saúde locais em termos de integração das prestações de saúde
6. Políticas promotoras da literacia em saúde	6.1. Medidas orientadas para o fortalecimento das competências de literacia em saúde
	6.2. Medidas promotoras da participação dos cidadãos nas decisões que afetam as suas vidas, a saúde e o bem – estar;
7. Políticas para a prevenção das doenças não transmissíveis através da melhoria dos determinantes sociais de saúde	7.1. Oportunidades para a coesão social e para a dinamização de redes sociais de apoio
	7.2. Acesso a diversas oportunidades de emprego
	7.3. Acesso a instalações de alta qualidade (educativas, culturais, de lazer, de passeio, de saúde e de espaços abertos)
	7.4. Boa qualidade da água e saneamento
	7.5. Redução das emissões que ameaçam a estabilidade climática
	7.6. Riqueza própria e planos de redução da pobreza
8. Políticas para a diminuição do consumo de tabaco, álcool e drogas	8.1. Medidas antitabagistas a aplicar em toda a cidade nos espaços públicos e de trabalho
	8.2. Medidas de ação intersectoriais com vista à evicção do álcool
	8.3. Medidas de ação intersectoriais com vista à evicção das drogas
9. Políticas para a promoção de uma vida ativa e ambientes saudáveis	9.1. Medidas promotoras da atividade física e da mobilidade de pedestres
	9.2. Medidas promotoras de ambientes saudáveis na escola
	9.3. Medidas promotoras de ambientes saudáveis no trabalho
10. Políticas para uma alimentação saudável	10.1. Medidas para aumentar o acesso equitativo a uma alimentação saudável
	10.2. Medidas para ampliar a compreensão dos hábitos alimentares saudáveis
	10.3. Oportunidades para a produção local de alimentos e implementação de estabelecimentos de comida saudável
11. Políticas para a prevenção da violência e lesões	11.1. Medidas para lidar com a violência sobre mulheres
	11.2. Medidas para lidar com a violência sobre crianças
	11.3. Medidas para lidar com a violência sobre idosos
	11.4. Medidas para lidar com acidentes de trânsito
	11.5. Medidas para lidar com acidentes domésticos
12. Políticas para um planeamento urbano saudável	12.1. Evidência de vontade de um planeamento urbanístico assente numa matriz promotora da qualidade de vida e de estilos de vida saudáveis
	12.2. Medidas conducentes à criação de mais espaços verdes abertos para a recreação e para a atividade física
13. Políticas dirigidas à qualidade da habitação e dos momentos de lazer	13.1. Acesso a uma habitação de alta qualidade e a preços acessíveis
	13.2. Medidas para melhorar a habitação para todos
14. Políticas de promoção de transportes saudáveis	14.1. Medidas promotoras da acessibilidade a um sistema de transportes ecológicos e seguros
	14.2. Medidas de promoção da acessibilidade através de outros meios que não os carros
	14.3. Medidas para aumentar o acesso a sistemas integrados de

	transporte
15. Políticas preventivas das alterações climáticas e de resposta a emergências de saúde pública	15.1. Medidas orientadas para a capacidade de resposta às emergências em saúde pública
	15.2. Medidas orientadas para o combate às implicações das alterações climáticas
16. Políticas promotoras da segurança e da proteção	16.1. Medidas e planos orientados para o aumento da segurança e proteção dos cidadãos
	16.2. Medidas orientadas para um planeamento e desenho das cidades e dos bairros que promovam a interação social
17. Políticas de prevenção da exposição ao ruído e poluição	17.1. Medidas para diminuição dos produtos tóxicos / resíduos ou de delimitação da exposição aos mesmos
	17.2. Medidas para diminuição dos poluentes internos e externos do ar ou de delimitação da exposição aos mesmos
	17.3. Medidas para diminuição do ruído interno ou externo ou de delimitação da exposição ao mesmo
18. Políticas de promoção da criatividade	18.1. Medidas de promoção de atividades culturais orientadas para o incentivo da criatividade

Em termos de programas recolhidos e sua distribuição por partidos políticos, explanamos na tabela 2 os resultados obtidos.

Tabela 2 – Percentagem de programas recolhidos por partidos políticos

Força política	%	N
PS ³	34%	67
PSD ⁴	16%	32
CDS ⁵	6%	12
PSD+CDS	10%	21
CDU ⁶	12%	25
BE ⁷	12%	25
Independentes	10%	21
Total	100%	203

Do total de programas recolhidos, 47 corresponderam a forças políticas vencedoras do ato eleitoral, o que equivale a 23,15% dos programas recolhidos. Em termos de concelhos cobertos pelos programas eleitorais recolhidos a percentagem é de 38,76%.

A percentagem de cidades membros da Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis cobertas pelos programas recolhidos foi de 58,6%. Já a percentagem de cidades membros da Rede em que se conseguiu obter o programa e este foi o vencedor das eleições foi de 24 %.

Os distritos mais representados em termos de percentagem de programas recolhidos

³ Partido Socialista

⁴ Partido Social Democrata

⁵ Centro Democrático Social

⁶ Coligação Democrática Unitária

⁷ Bloco de Esquerda

foram, por ordem decrescente: Lisboa, Setúbal, Santarém, Faro e Aveiro, Leiria, Braga, Porto, Beja e Viana do Castelo, Viseu, Madeira, Vila Real e Coimbra, Guarda, Bragança, Évora, Portalegre e Castelo Branco, Açores.

Em termos das autarquias cujos programas foram submetidos à análise de conteúdo, a sua distribuição por distritos/regiões autónomas foi a expressa na tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição percentual, por distritos/regiões autónomas, dos programas recolhidos

Região Autónoma dos Açores	3%
Distrito de Aveiro	33%
Distrito de Beja	9%
Distrito de Braga	22%
Distrito de Bragança	9%
Distrito Castelo Branco	6%
Distrito Coimbra	12%
Distrito de Évora	6%

Conseguiu-se uma cobertura de distritos do norte, centro e sul de Portugal, embora a representatividade geográfica não tenha sido um critério subjacente à escolha das autarquias. De forma a evitar quaisquer vieses relacionados com a representatividade geográfica (para os quais, a acontecerem, não dispúnhamos de quaisquer estudos que nos permitissem minorá-los), procedeu-se à análise dos programas, viáveis em função do tempo disponível e da complexidade da análise, de forma aleatória. Procedeu-se, apenas e previamente, ao agrupamento dos programas por concelhos.

4. Resultados

Obteve-se uma média de 36 propostas de medidas políticas para cada subcategoria, num total de 2102 propostas analisadas.

Os principais resultados que obtivemos da análise dos programas eleitorais recolhidos e analisados, em termos de referências a dimensões caracterizadoras de uma Cidade Saudável, em forma de propostas de medidas políticas, foram:

- Mais frequentes (referidas em 75%, ou mais, dos programas eleitorais analisados): relativas a apoios e serviços para a juventude; de acesso a instalações de alta qualidade; conducentes à produção de riqueza própria e de implementação de planos de redução da pobreza; de acesso a oportunidades de emprego; de promoção da coesão social / dinamização de redes sociais de apoio.
- Entre 74% a 50% dos programas eleitorais: medidas promotoras da acessibilidade aos transportes; de criação de espaços verdes; de promoção da atividade física; de acesso a habitações com água de qualidade, saneamento e eliminação de resíduos; de promoção de atividades culturais; de apoio à produção local de alimentos e à implementação de estabelecimentos de comida saudável; de participação dos cidadãos; de promoção da segurança e da proteção dos cidadãos; de acessibilidade aos sistemas de saúde locais.
- Entre 49% a 25% dos programas eleitorais: medidas direcionadas à capacitação da população idosa para uma vida independente; para diminuição dos níveis de ruído e melhoria da qualidade do ar; apoios e serviços à primeira infância; para fortalecimento das competências das pessoas em termos de literacia em saúde.
- As que apresentaram menor percentagem de referências são as medidas referentes a: diminuição ou delimitação da exposição a produtos tóxicos; criação de condições para o desenvolvimento de competências para a maternidade e paternidade; reforço da capacidade dos sistemas de saúde locais em termos de integração das prestações de saúde; promoção de ambientes saudáveis na escola; diminuição ou delimitação da exposição à poluição do ar interior e exterior; avaliação sistemática das necessidades sociais e de saúde da população; promoção da integração de migrantes; lidar com acidentes de trânsito; combate às implicações das alterações climáticas; lidar com a violência sobre mulheres, sobre idosos e sobre crianças; lidar com acidentes domésticos; evicção das drogas; diminuição ou delimitação da exposição ao ruído; promoção de ambientes saudáveis no trabalho; promoção da compreensão intercultural; promoção de comportamentos preventivos e do controlo e gestão de doenças cardiovasculares, oncológicas e respiratórias; adequação da capacidade de resposta às emergências em saúde pública; ação intersectorial com vista à evicção do álcool e do tabaco.

Podemos dividir as propostas vertidas nos programas eleitorais analisados, em termos de princípios de Cidade Saudável e tendo por base a percentagem de referências a cada subcategoria, em 4 níveis de prioridade:

- De 1º nível: as de natureza económica (emprego, pobreza), de qualidade das infraestruturas municipais e relacionadas com a juventude.
- De 2º nível: o acesso a habitações condignas, uma mobilidade ambientalmente sustentável, o acesso à cultura, o acesso a uma alimentação saudável, a segurança das pessoas, o acesso a cuidados de saúde, a existência de condições para a realização de atividade física e a existência de condições promotoras da participação cívica dos cidadãos.
- De 3º nível: os idosos e a primeira infância (embora a juventude apareça nas de 1º nível) e a qualidade do ambiente.
- De 4º nível:
 - 1..1. O ambiente, que já encontrámos nas de 3º nível e cuja explicação para a aparente dispersão pode estar na forma como se organizaram as unidades de análise nas subcategorias.
 - 1..2. A capacidade dos sistemas de saúde locais em termos de integração das prestações de saúde, o que se pode justificar pela perceção desta matéria como sendo responsabilidade primária do poder central e não tanto do local, relegando-se assim para um menor nível de prioridade.
 - 1..3. A promoção de ambientes saudáveis na escola, o que não deixa de ser curioso, considerando as responsabilidades que as autarquias já têm em matéria de educação, tal como aludido no enquadramento legal.
 - 1..4. A avaliação sistemática das necessidades sociais e de saúde da população, o que configura um contrassenso na medida em que não se pode planear adequadamente sem um prévio conhecimento da realidade. Nessa ótica, deveria ser uma das principais prioridades.
 - 1..5. A violência sobre mulheres, sobre idosos e sobre crianças, o que revela uma preocupação reduzida com o fenómeno da violência ao nível das políticas autárquicas.
 - 1..6. A promoção da compreensão intercultural, o que poderá exigir uma reflexão sobre esta matéria, consideradas as dinâmicas contemporâneas. Por outro lado, podemos estar perante municípios onde esta realidade tem pouca projeção em termos sociodemográficos, pelo que importa incorporar dados que façam essa caracterização dos municípios em trabalhos futuros.

1..7. A promoção de comportamentos preventivos e controlo e gestão de doenças cardiovasculares, oncológicas e respiratórias, adequação da capacidade de resposta às emergências em saúde pública e ações intersectoriais com vista à evicção do álcool e do tabaco. Compreendemos a baixa relevância a estas dimensões num contexto em que as mesmas são interpretadas pelo poder autárquico como constituindo responsabilidades primárias do poder central, nomeadamente do Governo através do Ministério da Saúde e respetivos serviços.

De entre os programas analisados os que correspondem a partidos não vencedores das eleições apresentam uma média de propostas políticas alinhadas com as características de uma Cidade Saudável na ordem dos 35%, enquanto os correspondentes a partidos vencedores apresentam uma média de 37,6%. Não se pode portanto inferir, a partir dos dados analisados, que uma maior percentagem de propostas características de uma Cidade Saudável, em sede de programa eleitoral, corresponde a uma maior preponderância para se vencer o respetivo ato eleitoral.

Quanto à relação entre um determinado partido estar no poder previamente ou não, a tipologia de propostas políticas que faz e a sua manutenção ou saída do poder, a média de referências a características de uma Cidade Saudável, em sede de programa eleitoral, dos partidos que estavam no poder e não ganharam foi de 43%. A dos que voltaram a ganhar foi de 42%. Portanto, não se encontrou evidência da influência dos princípios de uma Cidade Saudável na manutenção dos partidos no poder.

Entre as subcategorias, a que apresentou o maior número de propostas de medidas políticas foi a *riqueza própria e planos de redução da pobreza* no âmbito das *medidas orientadas para a melhoria dos determinantes sociais de forma a prevenir as doenças não transmissíveis*. Compreende-se este dado à luz do momento económico e social vivido no país à altura.

As subcategorias para as quais não se identificou nenhuma proposta de medida política foram as relativas a *medidas conducentes à promoção de comportamentos preventivos de doenças oncológicas, medidas antitabagistas a aplicar em toda a cidade nos espaços públicos e de trabalho e medidas de ação intersectoriais com vista à evicção do álcool*. Cremos que esta ausência de preocupação com medidas de carácter preventivo pode estar associada a um entendimento (a ser estudado e validado posteriormente) de que as mesmas representam funções dos serviços de saúde de âmbito da administração central e não tanto dos serviços municipais. No entanto, pelo seu carácter de saúde pública e intersecção

com políticas públicas que extravasam o estrito escopo de intervenção dos serviços de saúde tradicionais, não podemos deixar de sublinhar a preocupação com esta constatação, dado que medidas deste carácter só se revelam eficazes se abordadas de forma intersectorial.

5. Conclusões

Os resultados obtidos demonstram que em matéria de propostas políticas alinhadas com a filosofia das Cidades Saudáveis os partidos candidatos apresentam um alinhamento entre as suas propostas e a possibilidade de exequibilidade conferida pela lei, nomeadamente o constante do artigo 23.º da Lei n.º 75/2013 (atribuições dos municípios). À exceção das questões específicas da defesa do consumidor (alínea l), polícia municipal (alínea o) e cooperação externa (alínea p), para todas as outras atribuições identificaram-se propostas de medidas políticas ao abrigo das quais os municípios podem desenvolver ações concretas.

Tendo presente estes achados, revisitemos, para efeitos de comparação, algumas das conclusões do já referido Eurobarómetro nº 366. A comparação com este estudo, feito ao nível da União Europeia, justifica-se pelo seu carácter abrangente em termos de número de cidades avaliadas e dimensão da amostra de inquiridos, que lhe conferem uma robustez significativa para comparações desta natureza. Pretende-se, com esta opção, avaliar em que medida as prioridades expressas nos dois estudos acompanham os princípios de uma Cidade Saudável.

Em termos da satisfação com a limpeza, espaços verdes e espaços públicos, tais como mercados, praças e zonas pedestres, não se verificaram iguais níveis de prioridade entre os dois estudos, ficando no caso do presente estudo relativamente abaixo dos resultados do Eurobarómetro. Também os aspetos relacionados com o sentimento de segurança na cidade e na vizinhança, que apresentaram maior relação com a satisfação global de se viver numa dada cidade, não tiveram igual expressão em termos de prioridades, ficando abaixo da relevância atribuída no Eurobarómetro.

Os serviços de saúde, o desemprego e a educação/formação são os aspetos mais relevantes para a qualidade de vida numa cidade no Eurobarómetro, na medida em que aparecem classificados acima da segurança, transportes públicos, infraestruturas rodoviárias, poluição do ar, habitação, serviços sociais e ruído. A questão do desemprego encontra expressão no nosso estudo enquanto prioridade de primeiro nível, embora os serviços de saúde apareçam como prioridades de 2º e 4º nível (acesso e integração, respetivamente), facto

que atribuímos ao facto de em Portugal esta responsabilidade ser interpretada como sendo quase exclusivamente do foro da administração central. De realçar que em 64 cidades estudadas no Eurobarómetro os serviços de saúde são citados como um dos 3 aspetos mais relevantes, sendo o aspeto mais relevante em 34 cidades. Já o desemprego aparece entre as 3 principais prioridades em 58 cidades e como a primeira em 18.

Quanto às questões de investigação que nos colocámos no presente estudo havia uma principal e 4 secundárias. Perante os resultados obtidos, podemos afirmar que:

- Não se pode inferir, a partir dos dados analisados, que uma maior percentagem de propostas políticas alinhadas com as características e princípios de uma Cidade Saudável, em sede de programa eleitoral, corresponda a uma maior preponderância para se vencer o respetivo ato eleitoral.
- Nas duas cidades membros da Rede Nacional de Cidades Saudáveis que tiveram programas analisados, um para cada uma (o que significa que não se analisaram os programas de todas as forças políticas concorrentes em cada um delas) os programas pertenciam a forças políticas que não estavam no poder previamente e que não ganharam eleições, pelo que não foi possível, à luz do material analisado, responder à questão sobre se as cidades já consideradas Cidades Saudáveis viram a principal força política manter-se no poder ou se se verificaram mudanças.
- O partido que apresentou a média mais alta de propostas políticas alinhadas com as características e princípios de uma Cidade Saudável nos seus programas eleitorais foi o BE (42%). De ressaltar, no entanto, que a amostra de programas do BE foi bastante reduzida ($n=2$) o que poderá enviesar quaisquer extrapolações do ponto de vista estatístico. A análise de mais programas desta força política poderia alterar significativamente o valor de média de propostas encontrado.
- Considerada a versão final da matriz por nós desenvolvida e usada na análise dos programas eleitorais, somos da opinião que do ponto de vista da arquitetura de um programa eleitoral o presente trabalho constitui um contributo útil para o desenho de um modelo programático para uma Cidade Saudável.

No entanto, há limitações associadas à natureza destes processos políticos que precisam ser atendidas e ponderadas em qualquer desenvolvimento futuro, e que se prendem com a necessidade de avaliar previamente o estado de um município em termos de condições para ser uma Cidade Saudável, quer através da avaliação objetiva das condições materiais quer através da avaliação subjetiva da perceção dos munícipes, antes de se partir para a

análise dos compromissos assumidos em cada ato eleitoral. Além disso, importa proceder a uma comparação entre os programas eleitorais que se apresentam aos municípios e as ações políticas concretas levadas a cabo pelos partidos vencedores, de forma a se aferir da dimensão processual na qual se funda toda a dinâmica de uma Cidade Saudável, tal como exposto no enquadramento teórico. Ou seja, mais do que um estado material que se deve alcançar, as Cidades Saudáveis são uma construção contínua cujo processo deve obedecer a determinadas regras. É por isso que a avaliação do antes e depois, bem como do processo que leva à mudança de estado, é essencial, independentemente da matriz que se aplique para avaliar se um município apresenta mais ou menos características de uma Cidade Saudável ou se os seus autarcas são mais ou menos sensíveis aos seus princípios.

Cremos que só com um trabalho desta robustez e que inclua estas salvaguardas, poderemos inferir, com um maior grau de certeza, que a matriz final que apresentamos possa ser utilizada como guia para um modelo programático para uma Cidade Saudável. No entanto, acreditamos que a coletânea de medidas que recolhemos com os vários programas eleitorais analisados constituem um vasto e rico reportório que poderá ser partilhado como boas práticas entre municípios que desejem adquirir o estatuto de Cidade Saudável.

Referências bibliográficas

1. Albarello, L.; Maroy, C.; Ruquoy, D.; Digneffe, F.; Hiemaux, J.; Saint-Georges, P. (2005) *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*, Lisboa: Gradiva.
2. Assembleia da República (2012) *Lei n.º 22/2012, de 30 de Maio*, Diário da República, nº 105, 1ª Série, Portugal
3. Assembleia da República (2012) *Lei n.º 50/2012, de 31 de Agosto*, Diário da República, nº 169, 1 série, Portugal.
4. Assembleia da República (2013) *Lei n.º 75/2013 de 12 de Setembro*, Diário da República, nº 176, 1ª Série, Portugal.
5. Bardin, L. (2006) *Análise de conteúdo*, Lisboa: edições 70.
6. Bircher J. (2005) Towards a dynamic definition of health and disease, *Med. Health Care Philos.* 8, 335-341.
7. Comissão Europeia (1996) *Cidades Europeias sustentáveis – relatório*, Bruxelas.
8. Consulting, B. (2014) *Portugal City Brand Ranking 2014*, Lisboa: Bloom Consulting.

9. Dannefer, R.; Williams, D.; Baronberg, S.; Silver, L. (2012) Healthy Bodegas: Increasing and Promoting Healthy Foods at Corner Stores in New York City, *American Journal of Public Health*, 102, 27 – 31.
10. Eslinger, D.; Sherar, L.; Muhajarine, N. (2012), Smart cities, healthy kids: the association between neighbourhood design and children's physical activity and time spent sedentary, *Canadian Journal Public Health*, 103 (3), 22-28.
11. European Comission (2013) *Flash Eurobarometer 366: Quality of life in european cities – report*, Brussels.
12. European Union (2012) *The management of health systems in the EU Member States - The role of local and regional authorities*, Brussels.
13. Ferrão, J.; Guerra, J. (2004) *Municípios, Sustentabilidade e Qualidade de Vida: Contributos para a construção de um sistema de indicadores de monitorização da qualidade de vida nos municípios portugueses (Continente)*, Lisboa.
14. Fortin, M. (2003). *O processo de investigação – da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
15. Ham, S.; Levin, S.; Zlot, A.; Andrews, R.; Miles, R. (2004). Ranking of cities according to public health criteria: pitfalls and opportunities. *American Journal of Public Health*, 94, 546-549.
16. INE (2013). *Índice de Bem-estar 2004-2012*. Lisboa: INE. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indbemestar [consultado a 3/3/2014].
17. Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2006) *Decreto-Lei n.º 115/2006 de 14 de Junho*, Diário da República, nº 114, 1ª série, Portugal.
18. Organização Mundial da Saúde (2007) *Guia global das cidades amigas das pessoas idosas*, Copenhaga.
19. Portuguese Healthy Cities Network (?), *Best Practices of Healthy Cities*, Portugal. Disponível em <http://redemunicipiosaudaveis.com/index.php/en> [consultado a 27/5/2014].
20. Presidência do Conselho de Ministros (2015) *Decreto-Lei nº 30/2015 de 12 de Fevereiro*, Diário da República, nº 30, 1ª série.
21. Quivy, R., Campenhoudt, L. (2005) *Manual de Investigação em Ciências Sociais*, Lisboa: Gradiva.
22. Ribeiro, J. (2012) *Metodologias de Investigação em Psicologia e Saúde*, Porto: Legis Editora.

23. Saracci, R. (1997) The World Health Organization needs to reconsider its definition of Health, *British Medical Journal*, 314, 1409-1410.
24. The Marmot Review (2010) *Fair Society, Healthy Lives*, Department of Health, England.
25. World Health Organization (1994) *City Health Profiles: how to report on health in your city*, Copenhagen.
26. World Health Organization (1996) *Our Cities, Our Future: Policies and Action Plans for Health and Sustainable Development*, Copenhagen.
27. World Health Organization (1997) *City planning for health and sustainable development*, Copenhagen.
28. World Health Organization (1997) *Sustainable development and health: Concepts, principles and framework for action for European cities and towns*, Copenhagen.
29. World Health Organization (1997) *Twenty steps for developing a Healthy Cities project*, Copenhagen.
30. World Health Organization (1998) *City health profiles*, Copenhagen.
31. World Health Organization (1999) *Health21: the health for all policy framework for the WHO European Region*, Copenhagen.
32. World Health Organization (2000) *Regional Guidelines for developing a healthy cities project*, Copenhagen.
33. World Health Organization (2001) *City health development planning: concept, process, structure and content*, Copenhagen.
34. World Health Organization (2002) *Community participation in local health – approaches and techniques*, Copenhagen.
35. World Health Organization (2003) *Social Determinants of Health*, Copenhagen.
36. World Health Organization (2005) *Designing Healthier and Safer cities: the Challenge of Healthy Urban Planning*, Bursa.
37. World Health Organization (2008) *A healthy city is an active city – a physical activity planning guide*, Copenhagen.
38. World Health Organization (2008) *Health equity through action on the social determinants of health*, Copenhagen.
39. World Health Organization (2009) *Phase V (2009–2013) of the WHO European Healthy Cities Network: goals and requirements*, Copenhagen.
40. World Health Organization (2011) *Addressing the social determinants of health: the urban dimension and the role of local government*, Liège.

41. World Health Organization (2011) *Healthy Cities Network: goals and requirements*, Copenhagen.
42. World Health Organization (2012) *Addressing the social determinants of health: the urban dimension and the role of local government*, Copenhagen.