

Cidades saudáveis, movimento que integra Planejamento Urbano e Saúde: uma análise dos principais enfrentamentos para sua implantação em Portugal e Brasil

DOSSIER DE PESQUISA : CIDADE SAUDÁVEL



Sanmya Feitosa Tajra

Doutorado em Planejamento Urbano e Regional, Universidade do Vale do Paraíba. <<http://orcid.org/0000-0002-2206-633X>>. São José dos Campos [SP] Brasil. <sanmya.tajra.tecnologias@gmail.com>



Paula Carnevale Vianna

Doutorado em Planejamento Urbano e Regional, Universidade do Vale do Paraíba. <<https://orcid.org/0000-0002-2266-3812>>. São José dos Campos [SP] Brasil. <paulacarnevale@uol.com>

Resumo

Este artigo tem por objetivo contribuir com os estudos que percebem que o entendimento da saúde em sua concepção ampliada é um caminho para integrar Saúde e Planejamento Urbano, como proposto pelo Programa Cidades Saudáveis, da OMS. Realiza uma análise comparativa entre os enfrentamentos para a implantação do programa na Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis (RPMS), estruturada há mais de 20 anos, e em experiências brasileiras. A metodologia utilizada para estruturar o problema de pesquisa foi o Problem Structuring Methods (PSM), mais especificamente a construção de mapas cognitivos orientada pelo método Strategic Options Development and Analysis (SODA). O mapa cognitivo SODA foi desenvolvido a partir de entrevistas com atores da RPMS e o levantamento das experiências nacionais foi realizado pela revisão não sistemática da literatura, com base em artigos acadêmicos que relataram os enfrentamentos para a implantação do programa em municípios brasileiros. Foram identificados 59 construtos chave, agrupados em três *clusters*: conhecimento, governança e condições socioespaciais para uma vida saudável. Os enfrentamentos para a implantação do programa observados em Portugal foram igualmente observados no Brasil. Em Portugal, o tempo e a consolidação do programa na forma de rede propiciaram avanços na implantação da proposta. O Programa Cidades Saudáveis pode ser utilizado como uma estratégia para integrar o Planejamento Urbano e a Saúde.

Palavras-chave

Planejamento Urbano. Saúde. Cidade Saudável. Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis. SODA.

Healthy cities, movement integrating urban planning and health: an analysis of the main faces in Portugal and Brazil

Abstract

This article aims to contribute to the studies that perceive that the understanding of health in its expanded conception is a way to integrate Health and Urban Planning, as proposed by the WHO Healthy Cities Program. It performs a comparative analysis between the confrontations for the implantation of the program in Brazilian experiences and in the Portuguese Network of Healthy Municipalities (RPMS), structured more than 20 years ago. The methodology used to structure the research problem was Problem Structuring Methods (PSM), more specifically the construction of cognitive maps guided by the Strategic Options Development and Analysis (SODA) method. The SODA cognitive map was developed from interviews with RPMS actors and the survey of the national experiences was carried out by the non - systematic review of the literature, based on academic articles that reported the problems for the implantation of the program in Brazilian municipalities. Three clusters of constructs were identified that were organized in clusters: knowledge, governance and socio-spatial conditions for a healthy life. It was observed with this study that the confrontations for the implementation of the program observed in Portugal were also observed in Brazil, although the time and the consolidation of the program in the form of a network have provided advances in coping strategies in Portuguese cities in comparison to Brazilian cities. It was also possible to verify that the Health Cities Program can be used as a strategy to integrate Urban Planning and Health.

Keywords

Urban Planning. Health. Healthy City. Portuguese Network of Healthy Municipalities. SODA.

1. Introdução. Programa Cidade Saudável, Planejamento Urbano e Saúde

O Planejamento Urbano tem papel fundamental para transformar as cidades de forma a possibilitar aos indivíduos o desenvolvimento de suas potencialidades. A concepção ampliada de saúde é um caminho potencial para integrar Saúde e Planejamento Urbano, ambos campos de conhecimento interdisciplinares, influenciados pelo contexto histórico, cultural, social e econômico. O Programa Cidades Saudáveis, da Organização Mundial de Saúde, conceitua e estabelece diretrizes para essa aproximação e tem sido implementado em diferentes contextos político-administrativos e socioeconômicos. A questão central desse artigo é identificar, numa análise comparada, os principais enfrentamentos para a implantação de um programa em dois cenários distintos, Brasil e Portugal.

A preocupação das populações com o uso e a ocupação do solo, seja em função do acesso à água e insolação, do uso dos recursos pluviais ou da necessidade de defesa contra os demais animais, existe desde o início da humanidade. Num mundo de acelerada urbanização, a dimensão dessas questões se amplia: em dez anos, a população das cidades aumentou mais de dez vezes. Há mais pessoas nas cidades do que no campo, uma radical mudança se considerarmos que, há cem anos, apenas 10% da população vivia nas cidades (Leite, 2012).

O crescimento urbano, da forma como tem acontecido, compromete a capacidade de resiliência das cidades, tornando-as ambientes vulneráveis a problemas no âmbito social, da saúde, educacional, habitacional, econômico e ambiental (Hall, 2013). Tais questões colocam em risco a sustentabilidade urbana das cidades do século XXI, o que gera a necessidade de revisar as teorias e práticas de planejamento e governabilidade urbanas (Hall, 2013). Ascelard (1999, p. 81) reforça essa visão e alerta: “[...] o futuro das cidades dependerá em grande parte dos conceitos constituintes do projeto de futuro construído pelos agentes relevantes na produção do espaço urbano”.

Diante desse contexto, o Planejamento Urbano, definido como um campo que estuda e propõe a melhor utilização social de um território, considerando todas as relações – sociais, econômicas, ambientais e culturais – nele existentes (Lacerda, 2014), assume relevante papel no alcance da segurança e da justiça social. Para Freitag (2012), o objetivo do Planejamento Urbano é estudar e propor o uso do espaço territorial de forma que atenda às necessidades humanas em cada momento em que é pensado e executado.

O Planejamento Urbano pode ser realizado a partir de uma perspectiva holística, de forma a favorecer o bem-estar e a qualidade de vida de seus habitantes, tendo como referência norteadora a saúde. E isto porque a saúde pode integrar as políticas públicas para tais finalidades, desde que compreendida como produto social, resultante do acesso das pessoas à paz, educação, moradia, alimentação, a um ecossistema estável e a um ambiente de recursos sustentáveis, equânime e socialmente justo, conforme definido na Carta de Ottawa (WHO, 1986).

Desde a década de 1970, a OMS vem promovendo conferências internacionais com a finalidade de estimular a adoção da promoção da saúde como perspectiva norteadora das políticas públicas (WHO, 1998). O Programa Cidades Saudáveis é uma estratégia para promover ações que favoreçam o bem-estar da população, operacionalizando os fundamentos da promoção da saúde nos âmbitos locais.

Este programa é uma iniciativa internacional, proposta pela OMS para o desenvolvimento de longo prazo. Visa priorizar a saúde nas agendas dos tomadores de decisão e promover estratégias locais para a promoção da saúde e do desenvolvimento sustentável, a partir da capacitação e participação da comunidade, do estabelecimento de parcerias intersetoriais e do respeito ao princípio da equidade entre todos os participantes (OMS, 1995).

O programa pode ser entendido como uma possibilidade de integrar as ações do Planejamento Urbano e da Saúde. Para sua operacionalização, uma gama de ações relacionadas ao bem-estar comunitário devem ser planejadas e integradas, tais como: legislação específica, medidas fiscais, mudanças organizacionais, acesso a trabalho e lazer, meio ambiente adequado, modelo de urbanização, uso de tecnologias dos diferentes tipos de energia.

O Programa Cidades Saudáveis se multiplica, mundialmente, em uma série de iniciativas. Na Europa, é desenvolvido em mais de 1.200 cidades em 30 países, organizado por meio de redes nacionais em cada um dos países participantes (Westphal e Oliveira, 2015). Um dos destaques deste programa na Europa é a Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis (RPMS), institucionalizada em 1997. A RPMS é uma associação de direito público que une os municípios portugueses que assumem formalmente o compromisso de divulgar, implementar e desenvolver os objetivos e princípios do projeto Cidades Saudáveis de acordo com as diretrizes da OMS (RPMS, s/d). Os municípios participantes da Rede têm como missão instituir a promoção da saúde como diretriz prioritária nas agendas dos decisores políticos.

1.1. Planejamento Urbano e a Saúde Pública no Brasil, uma perspectiva histórica

No Brasil, como na Europa Ocidental, a aproximação entre o Planejamento Urbano e a Saúde pode ser percebida desde o fim do século XIX. O processo de urbanização foi simultâneo aos movimentos higienista e sanitário, combinando ações de educação sanitária, introdução de hábitos de higiene e normatização e regulação dos espaços para favorecer essas práticas (Lima & Hochman, 1996).

A Constituição de 1934 reorganizou a responsabilidade do poder federal frente às questões de saúde: o artigo 138 versava sobre atos de amparo aos desvalidos, estímulo à educação eugênica, amparo à maternidade, à infância, à juventude e às famílias com prole numerosa, medidas para redução da morbidade infantil, medidas para melhorias da higiene social e mental. Essa mesma Carta Magna da era Vargas, no campo do urbanismo, estabeleceu, pelo artigo 113, item 17, o direito à propriedade, com a ressalva de que não poderia ser exercido contra o interesse social ou coletivo, na forma determinada em lei.

Apesar de, no início do século XX, engenheiros e médicos atuarem juntos, essa trajetória comum aos dois campos foi interrompida. A atuação, no campo da saúde, sobre as más condições das habitações, o acesso à água potável e à rede esgotos vai gradativamente sendo substituída pelos tratamentos preventivos e medicamentosos dirigidos aos agentes infecciosos, incluindo a vacinação; cabendo aos engenheiros o planejamento e execução de obras de infraestrutura urbana. Engenheiros e médicos se distanciam, reduzindo a integração inicial (Gunn, 2002). Os movimentos de saúde no Brasil, dinâmicos, respondiam ao contexto histórico, social, econômico e cultural de cada momento.

Enquanto as ações e discussões sobre a saúde, no Brasil, estavam voltadas ao combate às doenças, as discussões sobre o uso do território foram norteadas pela necessidade de ocupação territorial, inicialmente na faixa litorânea, posteriormente avançando para o interior do país. As questões de uso do território brasileiro, por muitos anos, foram exclusivamente referenciadas pelo estudo do zoneamento baseado no uso das cartografias (Bazolli, 2009).

O Planejamento Urbano, no Brasil, passou a ser discutido em perspectiva multidisciplinar e multisetorial, com base legal estruturada, somente a partir da Constituição de 1988. O artigo 182 da Constituição instituiu o Plano Diretor como principal instrumento ordenador do espaço para municípios com mais de 20 mil habitantes, incluindo todo o território municipal, tanto da área urbana quanto da rural, cabendo ao poder público municipal garantir as funções sociais da cidade, o que possibilitaria o controle da especulação imobiliária. O artigo 183 reforçou o princípio da função social da propriedade.

Os principais marcos do Plano Diretor ocorrem com o Estatuto da Cidade e o Estatuto da Metrópole, mais recente. O Estatuto da Cidade (Lei 10.257/2001) regulou o artigo 182, com o principal objetivo de ordenar o crescimento do setor imobiliário e promover a inclusão social por meio do estabelecimento de normas de ordem pública e interesse social. Objetivou-se, com isso, regular o uso da propriedade urbana em prol do bem coletivo, da segurança e do bem-estar dos cidadãos, bem como do equilíbrio ambiental.

As questões relacionadas ao aspecto ambiental do Estatuto da Cidade estão vinculadas à Agenda 21, em específico à Agenda 21 Brasileira, que trata das questões específicas do país de acordo

com as orientações da Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento. Bazolli (2009) enfatiza, nesse item, o crescimento urbano horizontal e a partilha de chácaras, sítios e fazendas próximas à cidade. A criação do Ministério das Cidades, em 2003, reforçou a perspectiva de integração do meio ambiente natural ao cenário urbano, buscando cidades mais sustentáveis e humanizadas (Bazolli, 2009).

Importantes movimentos e ações foram realizados no decorrer dos anos, e pode-se considerar a Constituição de 1988 como marco do movimento de reaproximação e articulação entre a saúde e planejamento e uso do território. Naquele momento, academia e sociedade civil organizada atuaram conjuntamente construindo as bases institucionais para a redemocratização, processo que se caracterizou, igualmente, pela articulação dos interesses privados e corporativistas. O sistema de saúde brasileiro foi estruturado e organizado a partir do artigo sexto e dos artigos 196 a 200 da Carta Magna. O documento instituiu a saúde como direito, fundado nos princípios da universalidade, equidade e integralidade, e o Sistema Único de Saúde (SUS) como garantidor desse direito, podendo ser complementado pelo setor privado.

O conceito que fundamenta o sistema de saúde no Brasil é o conceito de saúde ampliada, em que a saúde é o produto de interação de quatro campos: o biológico, o ambiente de vida, os hábitos e atitudes de pessoas e populações e o acesso ao serviço de saúde (Buss & Pellegrini, 2007). Aos determinantes biológicos, somam-se determinantes sociais, para compreensão do processo saúde/doença. O enfoque estimulado nessa acepção não é o da prevenção de doenças, mas o da promoção da saúde (Santana, 2014).

Esse novo contexto brasileiro favoreceu as discussões sobre a aproximação dos campos do Planejamento Urbano e da Saúde Pública. Em 1995, em Fortaleza, a carta de intenções do encontro entre secretários municipais de Saúde participantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) apresenta o Movimento dos Municípios Saudáveis. A Carta de Fortaleza estimulava os governos locais a adotarem um novo enfoque na formulação e implantação de políticas, centrado na produção social da saúde e na construção da cidadania, e incentivava os municípios a buscarem experiências integradoras, participativas e criativas para a construção da Cidade/Município Saudável (Westphal, 2000).

Desde então, algumas iniciativas foram realizadas no Brasil com o intuito de aproximar a promoção da saúde das propostas dirigidas ao ambiente de vida nos municípios a partir da constituição de Redes, dentre elas destacam-se: a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis, a Rede de Comunidades Saudáveis no Rio de Janeiro, a Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis, a Rede de Ambientes Saudáveis de Curitiba, a Rede Brasileira de Habitação Saudável – Fiocruz e a Rede Amazônica de Habitação Saudável. Distintas em motivações e estratégias de implementação, essas iniciativas tem em comum o papel central dos atores sociais que as instituíram. Entretanto, até o momento, a despeito de contarem com a participação e fomento de atores relevantes no campo acadêmico, social e/ou político da saúde, não desencadearam ou se constituíram um movimento nacional abrangente.

Este artigo visa contribuir com os estudos que percebem que o entendimento da saúde em sua concepção ampliada é um caminho para integrar Saúde e Planejamento Urbano, como proposto pelo Programa Cidades Saudáveis, da OMS, a partir de uma análise comparada entre os enfrentamentos para a implantação do programa em experiências brasileiras e na RPMS.

2. Metodologia

Este artigo, de natureza exploratória e abordagem qualitativa, caracteriza-se como um estudo de caso que analisa e compara os enfrentamentos para a implantação da proposta Cidades Saudáveis em municípios pertencentes à Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis e em municípios brasileiros. Como procedimentos metodológicos, foram realizadas entrevistas abertas com atores participantes da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis (RPMS), analisadas por meio de estruturação de problemas complexos e a revisão bibliográfica não sistematizada da literatura brasileira para análise da realidade no país.

Cinco entrevistados foram selecionados para a análise da RPMS. Os critérios de seleção foram: ter conhecimento prático e/ou notório em relação à temática da pesquisa e desempenhar papel chave (político, técnico ou acadêmico) na implementação e/ou avaliação da proposta nos municípios pertencentes à Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis.

A análise da experiência brasileira deu-se pela revisão da produção acadêmica brasileira de artigos contendo análise crítica sobre os enfrentamentos para a implementação do Programa Cidades Saudáveis da OMS. Foram excluídos artigos de relato de experiências e iniciativas que, apesar de seguirem princípios de qualidade de vida, promoção da saúde, bem-estar, dentre outros fatores incluídos no Programa Cidades Saudáveis, não foram norteados por um compromisso institucional dos gestores públicos com o Programa da OMS. Os quatro artigos selecionados compreendem a experiência de 31 cidades no país, sendo 23 cidades pernambucanas (Freire, Salles, & Sá, 2016), quatro cidades paulistas (Mendes, Bógus, & Akerman, 2004), duas cidades mineiras (Adriano, *et al.* 2000) e as cidades de Jundiá (SP) e de Maceió (AL) (Mendes, 2000), no período de 2000 a 2016.

As entrevistas com os atores da RPMS foram analisadas por meio de metodologia de estruturação de problemas complexos (*Problem Structuring Methods — PSM*), mais especificamente pela construção de mapas cognitivos orientada pelo método Strategic Options Development and Analysis (SODA) (Eden, 1998). O método SODA, elaborado por Colin Eden (1998), propõe elucidar um problema a partir do diálogo entre os atores envolvidos, que negociam consensualmente a identificação do problema a ser estudado. O instrumento de estruturação do problema por meio do método SODA é um mapa cognitivo, o mapa SODA.

Segundo o método SODA, as entrevistas foram transcritas e submetidas a uma leitura transversal, realizada por pares, com identificação dos principais enfrentamentos para a implantação do programa, denominados, na metodologia, construtos. Os construtos são extraídos das entrevistas de forma literal, inseridos em uma planilha Excel e, a seguir, organizados em mapas SODA com o uso do software Decision Explorer. O passo seguinte foi categorizar e agrupar os construtos, compondo os *clusters*.

Cada mapa SODA foi validado em Portugal com os entrevistados, individualmente. Em seguida, os mapas foram unificados constituindo o mapa agregado que foi enviado para a validação por cada entrevistado. As sugestões ao mapa agregado foram incorporadas e compuseram o produto final, o mapa congregado. O mapa congregado apresenta graficamente o consenso sobre o entendimento dos atores sobre os principais enfrentamentos na implementação do Programa Cidades Saudáveis em Portugal e foi usado como base para a análise do cenário brasileiro.

De acordo com Georgiou (2010), os conceitos apresentados no mapa SODA podem ser analisados de forma qualitativa e quantitativa. A análise qualitativa consiste em classificar os construtos como caudas (causas), cabeças (objetivos) e opções estratégicas (estratégias para alcançar os objetivos). Em seguida, analisam-se as interligações entre eles.

Os construtos são representados em cores e formatos padronizados: a cabeça tem a forma de círculo em cor verde; a cauda, formato retangular em cor azul; as opções estratégicas, retângulos com bordas arredondadas sem cor de preenchimento; e as alternativas, apenas contem texto que explica as causas.

A descrição dos construtos do mapa cognitivo SODA é fundamentado pela teoria psicológica de George Kelly (1955), que é baseada em conceitos dicotômicos. Segundo esta teoria, cada conceito apresenta uma explicação, com dois polos de contraste ou alternatividade, que se complementam e elucidam o construto. O uso dessas oposições serve para minimizar a ambiguidade sobre os significados das análises e favorecer um entendimento comum, compartilhado pelas pessoas envolvidas num problema.

Os artigos brasileiros foram lidos de forma transversal pelas pesquisadoras, que identificaram os enfrentamentos para a implantação do programa, organizando-os na forma de construtos em uma tabela. Os construtos foram então relacionados aos construtos do mapa congregado, investigando-se pontos em comum entre as experiências brasileira e portuguesa e elementos espe-

cíficos da realidade brasileira, não identificados na experiência portuguesa descrita no mapa congregado.

3. Programa Cidades Saudáveis em Portugal: principais enfrentamentos na implementação

As cinco entrevistas realizadas para estruturar e apresentar o problema apontado pela questão: ‘quais os principais enfrentamentos para a implementação do Programa Cidades Saudáveis na RPMS?’ geraram 59 construtos, organizados em um mapa SODA (Figuras 1, 2 e 3), conforme detalhado na metodologia. A leitura transversal desses construtos resultou na categorização dos principais construtos em três *clusters*: condições socioespaciais para uma vida saudável (Figura 1), conhecimento (Figura 2) e governança (Figura 3). Esses três *clusters* constituem o mapa SODA deste trabalho. Para facilitar a visualização, os *clusters* são apresentados separadamente.

3.1. Os clusters:

Os construtos que compõem o *cluster* “condições socioespaciais para uma vida saudável” (Figura 1) referem-se à oferta e uso dos serviços públicos, bem como a condições sociais consideradas essenciais para uma vida saudável (oportunidades de trabalho e lazer) e sua disponibilidade para a população no território em que vivem, além das demais questões de infraestrutura (mobilidade urbana, estética do meio) indispensáveis para o usufruto de uma vida saudável. Tais elementos relacionam-se ao conceito de determinantes sociais da saúde (Buss & Pellegrini, 2007) e são ressaltados na produção acadêmica que propõe métodos de avaliação do programa (Leeuw, 2012) e enfatizam a importância de aproximação com o campo do Planejamento Urbano (Barton & Grant, 2013). Este *cluster* mostra a apropriação dos termos e conceitos criados e divulgados pela OMS relacionados à promoção da saúde pelos atores-chave, condutores do Programa Cidades Saudáveis na Rede Portuguesa.

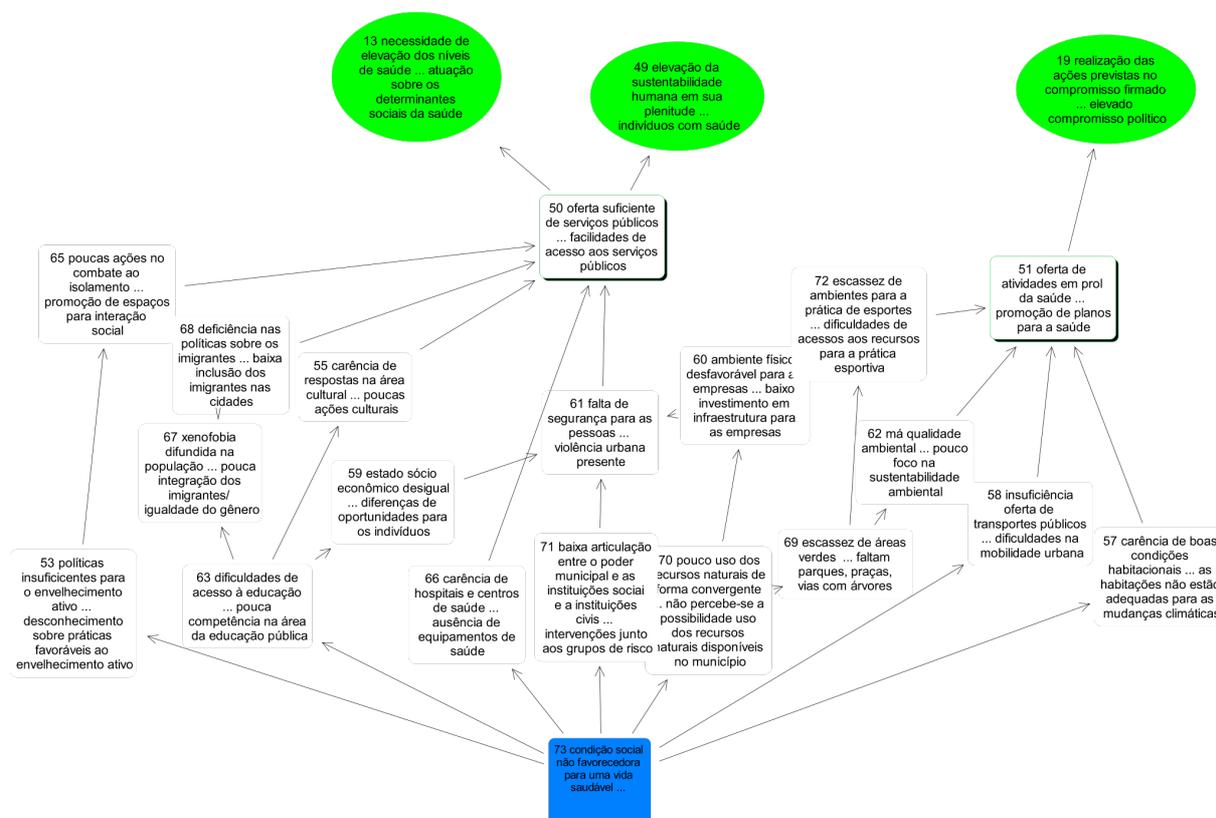


Figura 1. Construtos que compõem o *cluster* “condições socioespaciais para uma vida saudável”, no Mapa congregado ‘Principais enfrentamentos da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis para a implantação do Programa Cidades Saudáveis’. Portugal, 2017. Fonte: Entrevistas realizadas com cinco atores chave da RPMS. Portugal, 2018.

Os construtos agregados no *cluster* “conhecimento” (Figura 2) referem-se ao conhecimento sobre saúde em sua percepção ampliada (OMS, 1995), ou seja, visão holística operada por práticas multidisciplinares e intersetoriais (Santana, 2007 e 2014), bem como a percepção da promoção da saúde como prioridade para nortear as políticas públicas. (Sperandio, *et al.*, 2004). Entende-se também por conhecimento a constituição de um campo de estudo que integra diversas áreas do conhecimento a partir da interdisciplinaridade e da complexidade (Morin, 2015). Observa-se, como identificado por Barton e Grant (2013), que o conceito de saúde ampliada não havia sido apreendido pela população, pelos dirigentes ou pelas demais áreas relacionadas à saúde.

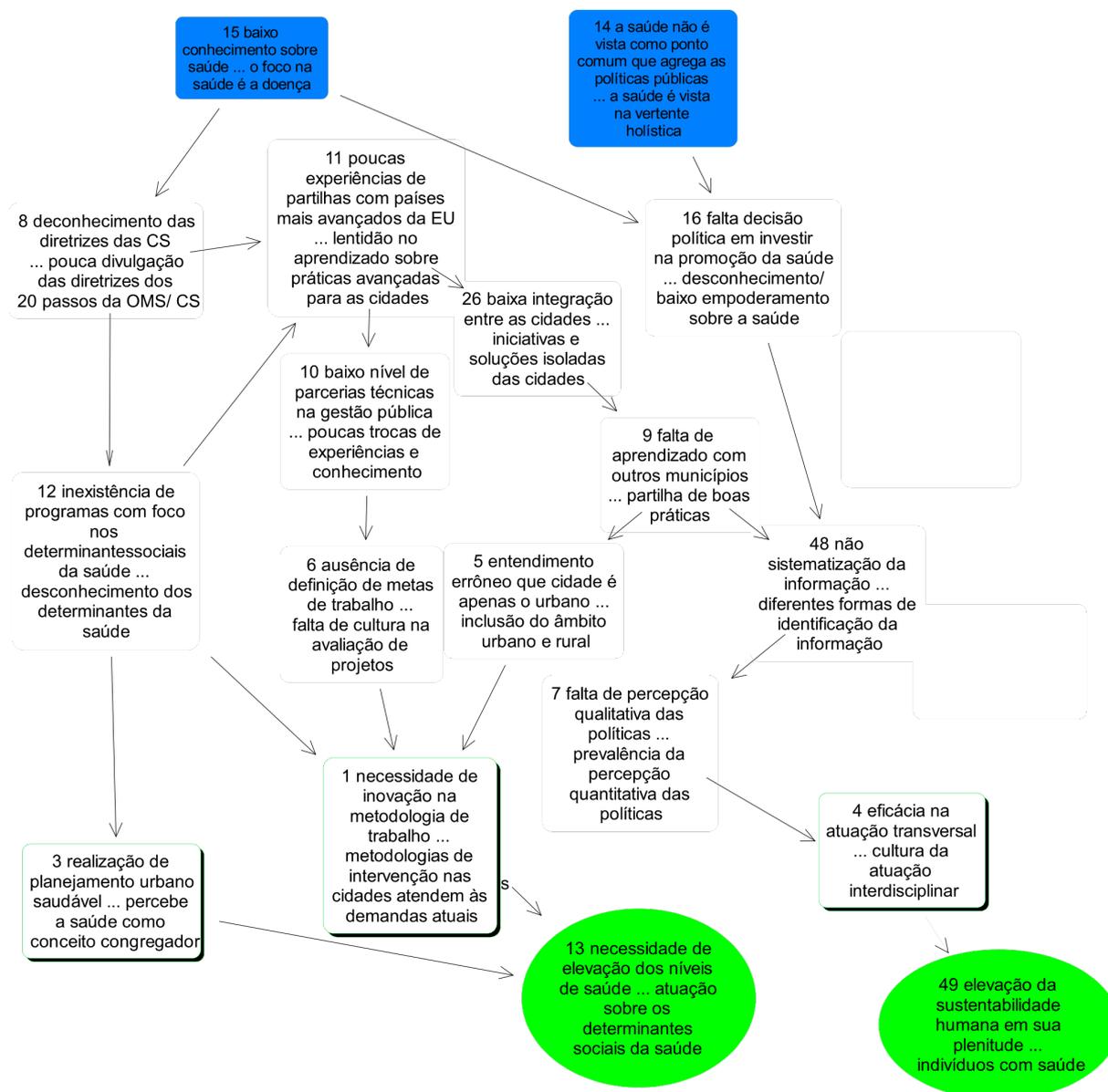


Figura 2. Construtos que compõem *cluster* “conhecimento”. Mapa congregado ‘Principais enfrentamentos da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis para a implantação do programa cidades saudáveis’. Portugal, 2017.

Fonte: Entrevistas realizadas com cinco atores chave da RPMS. Portugal, 2018.

Os construtos que compõem o *cluster* “governança” (Figura 3) referem-se ao exercício da autoridade política e administrativa para gerenciar país/cidade/municípios, compreendendo os mecanismos, processos e os atores envolvidos no processo do Planejamento Urbano. Autores que analisam a implantação de cidades saudáveis (Adriano *et al.* 2000; Campos, 1990; Berten *et al.*, 2011) realçam a importância de considerar o poder e as relações de poder na governança do programa, o que implica conhecer o contexto histórico, político e social, bem como os arranjos institucionais e informais estabelecidos para o planejamento e gestão das cidades.

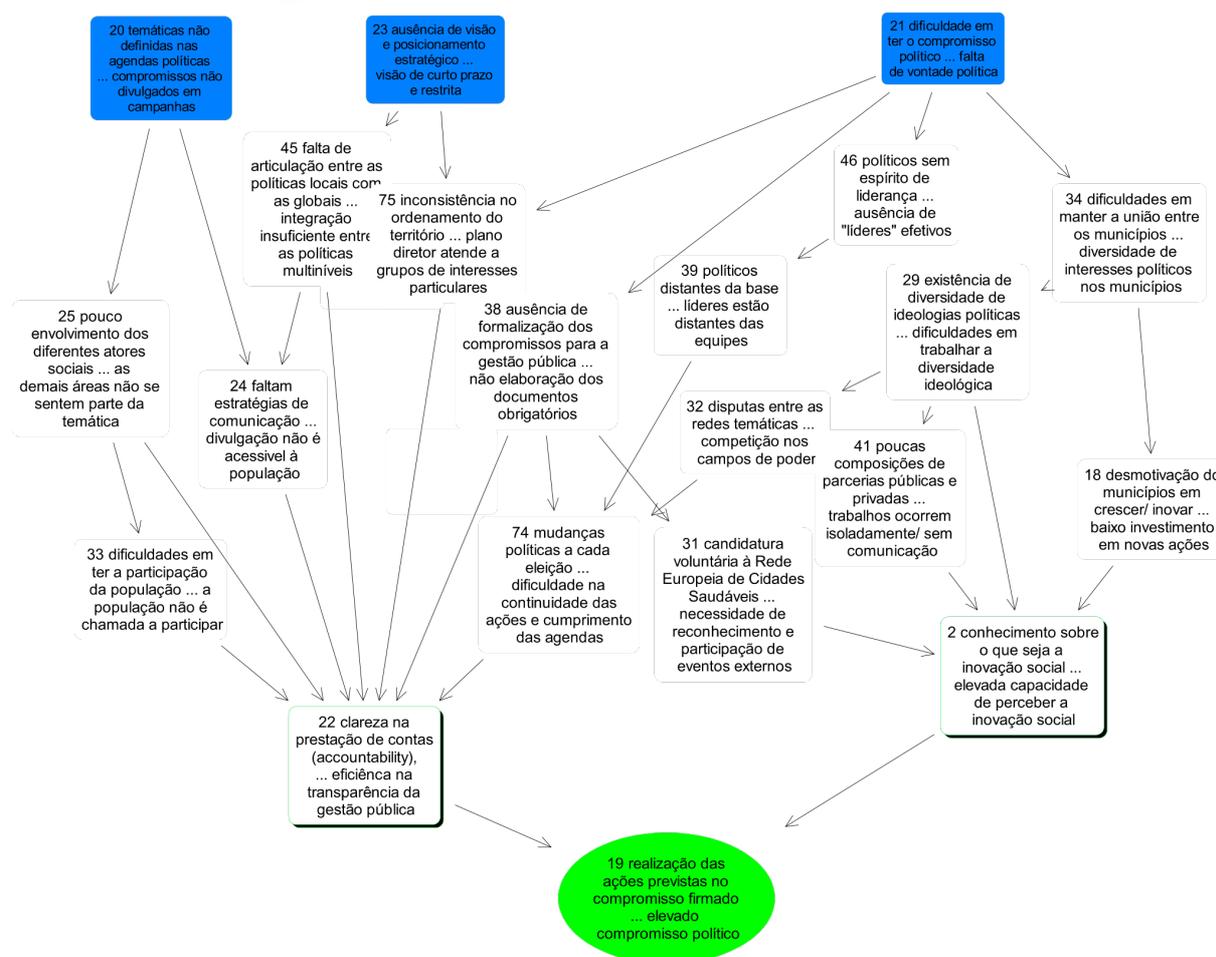


Figura 3. Construtos que compõem *cluster* “governança”. Mapa congregado ‘Principais enfrentamentos da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis para a implantação do programa cidades saudáveis’. Portugal, 2017.

Fonte: Entrevistas realizadas com cinco atores chave da RPMS. Portugal, 2018.

3.2. A leitura do mapa

A leitura do mapa congregado, considerados os três *clusters*, para os entrevistados, revela três objetivos principais a serem atingidos com a implementação do Programa Cidades Saudáveis: (13) elevação dos níveis de saúde, tendo como referência os determinantes sociais de saúde, (49) elevação da sustentabilidade humana na sua plenitude, conformando uma sociedade formada por indivíduos com saúde, e efetivação das ações previstas nos compromissos políticos firmados (19). Observa-se um alinhamento com as diretrizes da OMS para o programa Cidades Saudáveis (OMS, 1995), bem como a percepção ampliada de saúde desses atores e seu comprometimento político com a proposta. A saúde é enfatizada, e as demais dimensões da vida nas cidades estão presentes, subsidiando-a.

Os principais desafios apontados para o alcance desses objetivos foram a ausência de condições sociais favorecedoras de uma vida saudável (73), a falta de vontade política (21), a ausência de visão e posicionamento estratégico, prevalecendo a visão de curto prazo e restrita (23), as temáticas não definidas nas agendas políticas (20), a saúde não vista como ponto comum agregador das políticas públicas (14) e o baixo conhecimento sobre o que seja saúde, em seu sentido ampliado (15).

4. Aplicando o Mapa SODA ao cenário brasileiro. Programa Cidades Saudáveis no Brasil

A maior parte da produção acadêmica brasileira sobre o tema cidades saudáveis apresenta iniciativas que incorporam algumas noções apresentadas no Programa Cidades Saudáveis ou pertencentes ao campo da promoção da saúde, porém não se referem à implantação institucional da

proposta. Há artigos que analisam a proposta com o intuito de referenciar formas e critérios de avaliação de cidades com base nas diretrizes do Programa (Sperandio *et al.*, 2004). A produção acadêmica de relatos de casos de implantação do Programa, sem análise crítica do processo que explicitasse os enfrentamentos da implementação também foi excluída da análise.

A análise dos quatro artigos identificados (Freire, Salles, & Sá, 2016; Mendes & Akerman, 2004; Adriano, *et al.*, 2000; Mendes, 2000), seguindo os critérios de inclusão e exclusão, gerou a identificação de 42 construtos. Esses construtos foram organizados em uma tabela e, a seguir, cotejados com os construtos obtidos nas entrevistas com os atores da RPMS.

O cotejamento dos enfrentamentos das experiências brasileiras e portuguesas, foi analisado, inicialmente, no aspecto quantitativo. Observa-se que nenhum construto da produção acadêmica brasileira ficou sem correspondência e a maior parte dos construtos portugueses foi identificada na produção acadêmica brasileira (Quadro 1).

Quadro 1. Relação entre os construtos do mapa SODA 'Principais enfrentamentos da RPMS para a implantação de cidades saudáveis', por *cluster*, e os enfrentamentos das experiências brasileiras em 31 municípios, obtidos de análise da produção acadêmica.

ID	Construtos do mapa português (POLO POSITIVO/ POLO NEGATIVO)	Frequência de identificação de construto similar na produção acadêmica brasileira (n)*
Cluster Governança		42
33	dificuldades em ter a participação da população/ a população não é chamada a participar	07
25	pouco envolvimento dos diferentes atores sociais/ as demais áreas não se sentem parte da temática	05
24	faltam estratégias de comunicação/ divulgação não é acessível à população	04
39	políticos distantes da base/ líderes estão distantes das equipes	03
45	falta de articulação entre as políticas locais com as globais/ integração insuficiente entre as políticas multiníveis	03
41	poucas composições de parcerias públicas e privadas/ trabalhos ocorrem isoladamente/ sem comunicação	03
48	não sistematização da informação/diferentes formas de identificação da informação	02
21	dificuldade em ter o compromisso político/ falta de vontade política	02
32	disputas entre as redes temáticas/ competição nos campos de poder	02
26	baixa integração entre as cidades/ iniciativas e soluções isoladas das cidades/ baixa interação nas cidades	01
19	efetivação das ações previstas no compromisso firmado/ baixo comprometimento político	01
20	temáticas não definidas nas agendas políticas/ compromissos não divulgados em campanhas	01
22	omissões na prestação de contas (accountability)/ ineficiência na transparência da gestão pública	01
34	dificuldades em manter a união entre os municípios/ diversidade de interesses políticos nos municípios	01
38	ausência de formalização dos compromissos para a gestão pública/ não elaboração dos documentos obrigatórios	01

23	ausência de visão e posicionamento estratégico/ visão de curto prazo e restrita	01
46	políticos sem espírito de liderança/ ausência de "líderes" efetivos	01
74	mudanças políticas a cada eleição/ dificuldade na continuidade das ações e cumprimento das agendas	01
11	poucas experiências de partilhas com países mais avançados da EU/ lentidão no aprendizado sobre práticas avançadas para as cidades	01
71	baixa articulação entre o poder municipal e as instituições civis da área social / intervenções junto aos grupos de risco	01
29	existência de diversidade de ideologias políticas/ dificuldade de trabalhar a diversidade ideológica	Zero
31	candidatura voluntária à Rede Europeia de Cidades Saudáveis/ necessidade de reconhecimento e participação de eventos externos	Zero
18	desmotivação dos municípios em crescer/ inovar / baixo investimento em novas ações	Zero
75	inconsistência no ordenamento do território/ plano diretor atende a grupos de interesses particulares	Zero
Cluster conhecimento		27
4	ineficácia na atuação transversal/ cultura da atuação especialista	05
15	baixo conhecimento sobre o que é saúde/ o foco na saúde é a doença	04
14	a saúde não é vista como ponto comum que agrega as políticas públicas/ a saúde é vista na vertente holística	04
6	ausência de definição de metas de trabalho/ falta de cultura na avaliação de projetos	03
8	desconhecimento das diretrizes das CS/ pouca divulgação das diretrizes dos 20 passos da OMS/ CS	03
10	baixo nível de parcerias técnicas na gestão pública/ poucas trocas de experiências e conhecimento	02
1	necessidade de inovação na metodologia de trabalho/ metodologias de intervenção nas cidades não atendem às demandas atuais	01
7	falta de percepção qualitativa das políticas/ prevalência da percepção quantitativa das políticas	01
9	falta de aprendizado com outros municípios/ partilha de boas práticas	01
2	desconhecimento sobre o que seja a inovação social/ baixa capacidade de perceber a inovação social	01
16	falta decisão política em investir na promoção da saúde/ desconhecimento/ baixo empoderamento sobre a saúde	01
3	ausência de Planejamento Urbano saudável/ não percebe a saúde como conceito congregador	01
13	necessidade de elevação dos níveis de saúde/ atuação sobre os determinantes da saúde	Zero
5	entendimento errôneo que cidade é apenas o urbano/ inclusão do âmbito urbano e rural	Zero
12	inexistência de programas com foco nos determinantes sociais da saúde/ desconhecimento dos determinantes da saúde	Zero

Cluster condições socioespaciais para vida saudável		09
73	condição social não favorecedora para uma vida saudável/ recursos sociais insuficientes	07
62	má qualidade ambiental/ pouco foco na sustentabilidade ambiental	01
63	dificuldades de acesso à educação/ pouca competência na área da educação pública	01

Observa-se que o *cluster* com maior número e correspondência de construtos foi o de governança. De acordo com Leeuw (2012), é por meio da governança que torna-se possível a sustentação das políticas, pois é por meio dela que articula-se uma agenda política e disponibiliza-se os recursos necessários para a implementação das opções estratégicas. Para Maria Helena Santos (1997), “[...] boa governança passa a ser requisito indispensável para um desenvolvimento sustentado, que incorpora ao crescimento econômico equidade social e também direitos humanos”.

Os construtos do *cluster* conhecimento, embora apareçam em menor quantidade, são essenciais para que as estratégias sejam implementadas, visto que a falta de entendimento da saúde numa visão holística e interdisciplinar impede a implementação do Programa, que compreende a saúde não como ausência de doença, mas como uma potencialidade para que o exercício das políticas públicas ocorra de forma integrada, a favor da qualidade de vida e bem estar da população.

No *cluster* condições socioespaciais para uma vida saudável, há correspondência entre os enfrentamentos identificados na produção acadêmica brasileira e os construtos obtidos no mapa congregado português. Este achado era esperado, uma vez que, no país, “[...] grandes setores da nossa população vivem em condições de pobreza que não lhes permitem ter acesso às mínimas condições e bens essenciais à saúde” (Carvalho & Buss, 2008, p. 135).

O Brasil deve percorrer um percurso longo para alcançar melhores condições para a população em relação à educação, ao trabalho, às condições de vida, ao acesso ao emprego, água e esgoto, aos serviços sociais de saúde e de habitação, dentre outras melhorias dos níveis dos fatores dos determinantes sociais. Entretanto, a correspondência dos enfrentamentos encontrada na comparação da realidade do Brasil ao mapa congregado português, em relação ao conhecimento, possibilita apontar que o Programa Cidades Saudáveis da OMS pode ser uma orientação para esse alcance, se a governança ocorrer de forma a articular a agenda política e o compromisso de realização dos políticos à participação da sociedade nessas decisões.

5. Conclusão

A análise das experiências portuguesa e brasileira estudada nesta pesquisa aponta que as principais estratégias favorecedoras da implementação do Programa Cidades Saudáveis no Brasil, organizadas no mapa SODA, são: promoção do Planejamento Urbano com planos em prol da saúde, utilização consciente da saúde como norteadora e integradora para as políticas públicas, incorporação de novas metodologias de trabalho de forma a atender as demandas atuais das cidades, atuação intersetorial das áreas envolvidas no campo do Planejamento Urbano, implantação de práticas mais eficazes de forma a favorecer a transparência da gestão pública por meio de sistemas de prestação de contas, maior divulgação e conhecimento sobre as possibilidades de inovação social e maior oferta e acessibilidade dos serviços públicos. Essas estratégias devem ser implementadas para que as cidades atinjam níveis elevados de saúde (de forma que possam ser comprovados por meio de indicadores relacionado aos determinantes sociais de saúde) e de sustentabilidade humana, objetivos que somente serão atingidos com maior comprometimento político e participação da comunidade.

Mas, quando se pensa na complexidade do cenário urbano brasileiro, seja em termos geográficos, de extensão territorial, ou nas dimensões cultural e socioeconômica, ou, ainda, na fragilidade institucional que abriga práticas corruptas, combinada às dificuldades relatadas na produção acadêmica para a implantação de propostas intersetoriais, como a diversidade dos *stakeholders* e seus

interesses conflitantes, e as dificuldades de realizar trabalhos interdisciplinares, dentre outros obstáculos, percebe-se a necessidade de rever a forma como as políticas públicas, entre elas o Planejamento Urbano e a saúde, das cidades brasileiras são realizadas.

A estrutura legislativa do país favorece a aproximação dos campos e a adoção das diretrizes do programa. Deve-se considerar que o Planejamento Urbano é um processo, um movimento que se modifica enquanto se transforma, que se equilibra enquanto se desorganiza, que impulsiona a população, enquanto a deixa perplexa com resultados sociais que dificultam a convivência cotidiana. O ciclo dinâmico do Planejamento Urbano pode ser entendido na percepção da complexidade abordada por Morin (2015): ele não para e nem finaliza, é mutante.

A proposta Cidades Saudáveis pode ser utilizada pelas políticas públicas como norteadora para a criação de ambientes favoráveis à vida humana em longo prazo, garantindo para as próximas gerações um futuro melhor. As Cidades Saudáveis podem ser um guia, um direcionamento para os governantes que muitas vezes estão a ocupar cargos de gestores públicos sem uma proposta clara, sem objetividade, sem entendimento de suas próprias responsabilidades. Podem, portanto, fornecer aos gestores públicos as diretrizes essenciais do seu programa de governo, caracterizar a marca de uma gestão pública implementada com a participação ativa das pessoas, com uma participação social intensa e significativa.

Para dar continuidade a esta pesquisa seria necessário conduzir uma investigação de campo em um maior número de cidades brasileiras que estão implementando o Programa Cidades Saudáveis da OMS, conforme identificado, por exemplo, na Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis (RMPS). A RMPS constitui a maior experiência prática de implementação desse Programa no Brasil e conta com iniciativas que podem apontar caminhos para lidar com os enfrentamentos apontados nesta pesquisa.

6. Referências

- Adriano, J. R. *et al.* (2000) A construção de Cidades Saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? – *Ciência e Saúde Coletiva*. 5. p. 53-62. Rio de Janeiro.
- Acsegrad, H. (1999). Discursos da Sustentabilidade Urbana. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais*, n. 1/ maio (pp. 79-89).
- Barton, H., & Grant, M. (2013). Urban Planning for Healthy Cities. *Journal of Urban Health*, 90(1), pp 129–141. Recuperado de: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22714703>>.
- Bazolli, J. A. (2009). *Legislação Urbanística e Ambiental Brasileira. Dimensiones Jurídicas de las Políticas de Suelo*. Lincoln Institute of Land Policy.
- Brasil (1998). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1998*. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
- Buss, P. M., & Pellegrini, A. (2007). A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17 (1):77-93.
- Campos, A. M. (1990). Accountability: quando poderemos traduzi-la para o português. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro, RJ.
- Carvalho, A. I., & Buss, P. M. (2008). Determinantes Sociais na Saúde, na doença e na intervenção. In: L. Giovanella L., S. Escorel, L.V. Lobato, A.I. Carvalho, & J.C. Noronha (orgs.). *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Eden, C. (1998). Cognitive Mapping. *European Journal of Operational Research*, 36, pp. 1-13.
- Freire, M. S. M, Salles, R. P. S., & Sá, R. M. P. F. (2016). Mapeando iniciativas territoriais saudáveis, suas características e evidências de efetividade. *Ciênc. saúde coletiva* [online] 21(6), pp.1757-1766. ISSN 1413-8123. Recuperado de: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.08172016>>.

- Freitag, B. (2012). *Teorias da cidade*. Campinas: Papirus Editora.
- Georgiou, I. (2010) Cognitive mapping and strategic options development and analysis (SODA). In: *WILEY Encyclopedia of Operations Research and Management Science*: John Wiley e Sons.
- Gunn, P. O. M. (2002). A ascensão dos engenheiros e seus diálogos e confrontos com os médicos no urbanismo sanitário em São Paulo . *Anais* . Salvador: [s.n.].
- Hall, P. (2013). *Cidades do Amanhã: uma história intelectual do planejamento e do projeto urbanos no século XX*. São Paulo: Perspectiva.
- Kelly, G. A. (1955). *Psychology of personal constructs: a theory of personality*. New York: Norton.
- Lacerda, N. (2013). O campo do Planejamento Urbano e Regional – da multidisciplinaridade à transdisciplinaridade. *Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais*, 15(1), pp 77-93.
- Leeuw, E. (2012). Do Healthy Cities Work? A Logic of Method for Assessing Impact and Outcome of Healthy Cities. *Journal of Urban Health* [1099-3460] Leeuw, Evelyne, 89(2). pp. 217-231.
- Leite, C. (2012). *Cidades Sustentáveis, Cidades Inteligentes: desenvolvimento sustentável num planeta urbano*. Porto Alegre: Bookman.
- Lima, N. T.; Hochman, G. (1996). Condenado pela razão, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitário da primeira república. In: M.C. Maio, & R.V. Santos. *Raça, Ciência e Sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, CCB.
- Mendes R. (2000). *Cidades Saudáveis no Brasil e os processos participativos: os casos de Jundiá e Maceió*. Tese de doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.
- Mendes, R., Bógus, C. M., & Akerman, M. (2004). Agendas urbanas intersetoriais em quatro cidades de São Paulo. *Saúde e Sociedade*, 13(1) São Paulo, jan./abr.
- Morin, E. (2015). *Introdução ao pensamento complexo*. Porto Alegre: Sulinas.
- OMS, Organização Mundial de Saúde (1995). Relatório “*Veinte passos para desarrollar un proyecto ciudades saludables*”. 2ª. Ed. Oficina Nacional para a Europa. Recuperado de: <<http://www.redconsalud.info/img/cnt/File/Otros%20documentos/PASOS%20PROYECTO%20CIUDAD%20SALUDABLE.pdf>>. Acesso 08.ago 2016.
- Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis. Recuperado de: <<http://redemunicipiossaudaveis.com/index.php/pt>>. Acesso 08.out.2018.
- Santana, P. (2014). *Introdução à Geografia da Saúde – Território, Saúde e Bem-Estar*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Santana, P. (2007). *A cidade e a saúde*. Coimbra: Edições Almedina.
- Santos, M.H.C. (1997). Governabilidade, Governança e Democracia: Criação da Capacidade Governativa e Relações Executivo-Legislativo no Brasil Pós-Constituinte. *DADOS – Revista de Ciências Sociais* 1997; 40(3): 335-376. Recuperado de: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581997000300003>.
- Sperandio, A. M. G., Correa, C. R. S., Serrano, M. M., & Rangel, H. A. (2004). Caminho para a construção coletiva de ambientes Saudáveis – São Paulo, Brasil. *Rev. Ciênc. Saúde Coletiva*, 9(3), pp. 643-654.
- Sperandio, A. M. G., Veríssimo, L. C. G., & Palácios, A. R. O. P. (2011). Processo de desenvolvimento de políticas públicas saudáveis integradas em Rede: a Experiência de Maringá-PR. *Revista Intellectus* 7(15).

Westphal, M. F. (2000). Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 5(1), pp. 39-51 Recuperado de: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100005&lng=en&nrm=iso>.

Westphal, M. F., & Oliveira, S. C. (2015). Cidades Saudáveis: uma forma de abordagem ou uma estratégia de saúde urbana? *Revista USP*, São Paulo, 107, pp. 91-102.

WHO, World Health Organization (1986). Carta de Ottawa, pp. 11-18. In: Ministério da Saúde/Fiocruz. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Ministérios da Saúde/IEC, Brasília.

WHO, World Health Organization (1998). *Health promotion glossary*. Health Promotion International (Vol. 1). Geneve: WHO Recuperado de: <http://www.who.int/healthy_settings/types/cities/en/>.

WHO, World Health Organization. (2015). *National Healthy Cities Network in the WHO European Region*. Recuperado de: <<http://www.euro.who.int/en/health-topics/environment-and-health/urban-health/publications/2015/national-healthy-cities-networks-in-the-who-european-region.-promoting-health-and-well-being-throughout-europe-2015>>.