Universidade do Vale do Paraíba
Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento

Programa de Doutorado em Planejamento Urbano e Regional

SANMYA FEITOSA TAJRA

CIDADES SAUDÁVEIS, UTOPIA E COMPLEXIDADE NO PLANEJAMENTO URBANO: UM ESTUDO DA REDE PORTUGUESA DE MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS E REFLEXÕES PARA O CENÁRIO BRASILEIRO

São José dos Campos, SP

2018

SANMYA FEITOSA TAJRA

CIDADES SAUDÁVEIS, UTOPIA E COMPLEXIDADE NO PLANEJAMENTO URBANO: UM ESTUDO DA REDE PORTUGUESA DE MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS E REFLEXÕES PARA O CENÁRIO BRASILEIRO

Tese de doutorado apresentado à Banca Examinadora da Universidade do Vale do Paraíba, como exigência parcial para obtenção do título de DOUTORA em Planejamento Urbano e Regional;
Orientação: Profa. Dra. Paula Vilhena Carnevale Vianna.

São José dos Campos - SP

2018

Fundação Valeparaibana de Ensino

BIBLIOTECA

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE DIVULGAÇÃO DA OBRA

Ficha catalográfica

Tajra, Sanmya Feitosa
Cidades saudáveis, utopia e complexidade no planejamento urbano : um estudo da rede portuguesa de municípios saudáveis e reflexões para o cenário brasileiro / Sanmya Feitosa Tajra; orientadora, Paula Vilhena Carnevale Vianna. - São José dos Campos, SP, 2018.
1 CD-ROM, 214 p.

Tese (Doutorado) - Universidade do Vale do Paraíba, São José dos Campos. Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional.

Inclui referências

1. Planejamento Urbano e Regional. 2. Planejamento Urbano. 3. Cidade saudável. 4. Autopoiese. 5. SODA. I. Vianna, Paula Vilhena Carnevale , orient. II. Universidade do Vale do Paraíba. Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional. III. Título.

Eu, Sanmya Feitosa Tajra, autor(a) da obra acima referenciada:

Autorizo a divulgação total ou parcial da obra impressa, digital ou fixada em outro tipo de mídia, bem como, a sua reprodução total ou parcial, devendo o usuário da reprodução atribuir os créditos ao autor da obra, citando a fonte.

Declaro, para todos os fins e efeitos de direito, que o Trabalho foi elaborado respeitando os princípios da moral e da ética e não violou qualquer direito de propriedade intelectual sob pena de responder civil, criminal, ética e profissionalmente por meus atos.

São José dos Campos, 23 de Novembro de 2018.

Autor(a) da Obra

Data da defesa: 03 / 08 / 2018

SANMYA FEITOSA TAJRA

"CIDADES SAUDÁVEIS: UTOPIA OU CAMINHO PARA UM PLANEJAMENTO URBANO EM CENÁRIOS DE COMPLEXIDADE?."

Tese aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor, do Programa de Pós-Graduação em Planejamento Urbano e Regional, do Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento da Universidade do Vale do Paraíba - Univap, pela seguinte banca examinadora:

PROF.ª DR.ª MARIA ANGÉLICA TONIOLO Maria Angélica Toniolo

PROF.ª DR.ª PAULA VILHENA CARNEVALE VIANNA Paula Vi

PROF.ª DR.ª CILENE GOMES Cilene Gomes

PROF.ª DR.ª MISCHEL CARMEN NEYRA BELDERRAIN - ITA

PROF.ª DR.ª ANA MARIA GIROTTI SPERANDIO – Unicamp Ana Maria Girotti Sperandio

Prof. Dr. Leandro José Raniero

Diretor do IP&D – Univap

São José dos Campos, 03 de Agosto de 2018.

RESUMO

A pesquisa “Cidades saudáveis, utopia e complexidade no planejamento urbano: um estudo da rede portuguesa de municípios saudáveis e reflexões para o cenário brasileiro” analisa a proposta Cidades Saudáveis, da Organização Mundial de Saúde (OMS), como uma possibilidade de aproximação dos campos complexos do planejamento urbano e da saúde coletiva, a partir da experiência da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis (RPMS), constituída em 1997 e contando com 45 municípios integrantes em março do ano de 2018. Tem como objetivo analisar de modo crítico, reflexivo e propositivo os enfrentamentos para a implementação deste programa na Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis e em municípios brasileiros. A pesquisa é de natureza exploratória, de abordagem qualitativa e fundamenta-se, teoricamente, nos conceitos de complexidade de Edgar Morin e de autopoiese de Humberto Maturana e Francisco Varela, inseridos no contexto do planejamento urbano. O procedimento técnico utilizado foram entrevistas abertas realizadas com cinco *stakeholders* da RPMS sobre os enfrentamentos para a implantação do programa em seus municípios. As entrevistas foram analisadas pelo método de estruturação de problemas complexos *Strategic Options Development and Analysis* – SODA. O mapa produzido serviu como referência e orientou a revisão de literatura sobre a implementação do programa cidades saudáveis em 31 municípios brasileiros. Como resultados, três campos estratégicos, apresentados como *clusters* foram identificados como centrais para a implementação da proposta cidades saudáveis no mapa da RPMS: Governança, Conhecimento e Condições Socioespaciais para Vida Saudável. Esses campos explicaram também dificuldades a serem enfrentadas no cenário brasileiro. Conclui-se com esta pesquisa que o Programa Cidades Saudáveis da OMS constitui-se como uma utopia com possibilidades de concretude, desde que as opções estratégicas identificadas no Mapa SODA congregado sejam implementadas para atingir os objetivos a serem alcançados, segundo os atores entrevistados, na proposta municípios saudáveis: elevação dos níveis de saúde, elevação da sustentabilidade humana na sua plenitude e cumprimento do compromisso político firmado.

Palavras-chave: Planejamento urbano. Cidade saudável. Complexidade. Autopoiese. SODA.

HEALTHY CITIES, UTOPIA AND COMPLEXITY IN URBAN PLANNING: A STUDY OF THE PORTUGUESE NETWORK OF HEALTHY MUNICIPALITIES AND REFLECTIONS FOR THE BRAZILIAN SCENARIO

ABSTRACT

The research "Healthy Cities, Utopia and Complexity in Urban Planning: A Study of the Portuguese Network of Healthy Municipalities and Reflections on the Brazilian Scenario" examines the Healthy Cities ' proposal of the World Health Organization (WHO) as a possibility of approaching complexes fields as urban planning and collective health, based on the experience of the Portuguese Network of Healthy Municipalities (RPMS) . The RPMS was constituted in 1997 with 45 counties members in March of the year 2018. The objective of this work is to analyze critically, reflexively and propositional the confrontations to implement this program in accordance with the experiences of the RPMS and the the 31 Brazilian counties reported in scientific papers. This research is exploratory, with a qualitative approach and is based, theoretically, on the concepts of complexity of Edgar Morin and autopoiesis of Humberto Maturana and Francisco Varela, inserted in the context of urban planning. The technical procedure applied was open interviews with 5 RPMS stakeholders about the confrontations for the implementation of the program in their counties. The interviews were analyzed by the complex problem structuring method, Strategic Options Development and Analysis (SODA). The created map served as a reference and guide to the literature review on the implementation of the Healthy Cities program in Brazilian counties. As a result, three strategic fields (the map clusters) for the implementation of the Healthy Cities proposal: Governance, Knowledge and Socio-Spatial Conditions for Healthy Living. These fields also explain the difficulties to be faced in the Brazilian scenario. This research concludes that the Healthy Cities Program of the WHO constitutes as a utopia with many possibilities of concreteness provided by the strategic options, identified in the SODA map. Its implementation is crucial to increment the health levels, the human sustainability in their totality and to fulfillment the political commitment signed.

Keywords: Urban planning. Healthy Cities. Complexidad. Autopoiesis. SODA.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho, que Deus me permitiu realizar, é resultado de esforço, dedicação e crenças de muitas pessoas. Fazer o doutorado estava na lista dos meus projetos de vida. Apesar de o sonho inicial ter partido de mim, acredito que se tornou sonho de todos que me ajudaram a trilhar esse caminho. Por isso, preciso agradecer:

A **Paula Vianna,** que acreditou que poderíamos fazer esse percurso juntas, apesar de nossas diferentes opiniões e visões de mundo. Paula transformou-me numa pessoa melhor influenciou-me na busca pela justiça social como um objetivo de vida. A cada encontro, novos desafios eram lançados e mais experiências eram repassadas.

Aos **professores do programa de Doutorado em Planejamento Urbano e Regional da Universidade do Vale do Paraíba (UNIVAP)**, que a cada encontro me surpreenderam com novos conhecimentos e diferentes formas de perceber as cidades em que vivemos e aquelas por onde passamos. Em especial à **Profa. Dra. Maria Angélica Toniolo**, por estar sempre disponível a compartilhar informações importantes para os trabalhos acadêmicos, inclusive este. À Profa. **Cilene Gomes** pela disponibilidade em contribuir e compartilhar seus conhecimentos.

À **Profa. Dra. Carmen Belderrain** (Instituto Tecnológico da Aeronáutica - ITA) **e ao Prof. Dr. Tessaleno Devezes** (Universidade da Beira Interior), que confiaram nos meus propósitos. À Profa.Carmen, em especial, por ter-me ensinado novas formas de estruturar problemas complexos.

À **Profa. Dra. Ana Maria Sperandio** (Universidade de Campinas – UNICAMP) por ter aceito participar da avaliação deste trabalho contribuindo com seus conhecimentos sobre o Programa Cidades Saudáveis da Organização Mundial de Saúde de uma forma colaborativa e aberta para expandir as experiências resultantes desta pesquisa.

A **Joana Ribeiro,** parceira de toda as horas e, principalmente, por fazer a "ponte" para mais um sonho - o Doutorado Sanduíche em Portugal -, além de ter contribuído para identificar o método SODA como mecanismo para modelar o problema desta pesquisa.

A Fábio Cordeiro, por passar oferecer várias dicas para a construção dos mapas SODAS e ao **Major Daniel Manso** que me orientou com informações preciosas para as análises e

construções desses mapas. Ao **André Binah** que em apoiou na organização das imagens dos mapas inseridos neste trabalho.

A Mirieme Ferreira, Coordenadora da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis, que foi generosa e disponível em permitir-me acesso aos políticos e técnicos dos municípios participantes desta Rede. Também sou grata a todos os políticos e técnicos que me receberam de forma muito acolhedora e que me viabilizaram contato com a "literacia" da saúde em Portugal.

Aos amigos que fiz durante a estadia em Portugal, em especial **Valéria Jordão**, que me acolheu como uma irmã, fazendo que meus dias em Lisboa fossem mais leves e divertidos.

A Adilson Ferreira, meu companheiro, que criou um espaço no nosso relacionamento para que me dedicasse a este sonho, "segurando todas as pontas" familiares.

Aos **meus pais**, que ensinaram a todos os seus filhos que o conhecimento é uma conquista que ninguém tira de nós e que devemos compartilhar o que aprendemos.

Em especial, ao meu **pai,** que partiu para outra dimensão durante essa minha jornada, enquanto eu me encontrava em Portugal, e que sempre insistiu que eu deveria aproveitar ao máximo todas as oportunidades que criei e que surgiram. Um dia, pai, meu melhor amigo, nós nos encontraremos novamente. Por enquanto, vou fazer aqui, neste plano terrestre, o que sempre me ensinou: realizar os sonhos.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Semelhanças e diferenças entre os sistemas de saúde do Brasil e Portugal 46
Quadro 2: Fases do Programa Cidades Saudáveis da Organização Mundial de Saúde na Europa 54
Quadro 3: Parâmetros para as Cidades Saudáveis de acordo com a Organização Mundial de Saúde 59
Quadro 4: Etapas do planejamento para implementar o Programa Cidades Saudáveis de acordo com a Organização Mundial de Saúde 60
Quadro 5: Resumo das titulações qualificadoras das cidades 66
Quadro 6: Teoria da Autopiese e da Complexidade: semelhanças e diferenças 102
Quadro 7. Relação de municípios e academias possíveis para entrevistas baseadas no método SODA 117
Quadro 8: Critérios e classificações dos *stakeholders* participantes das entrevistas de acordo com o método *SODA* 119
Quadro 9: Documentos pesquisados para construção do mapa SODA sobre enfrentamentos para a implantação de uma cidade saudável, obtidos por levantamento bibliográfico inicial 124
Quadro 10: Elementos primários obtidos a partir do levantamento bibliográfico em língua portuguesa e inglesa identificados como relevantes para compreensão dos principais enfrentamentos para a implantação da proposta Cidades Saudáveis de acordo com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde 127
Quadro 11: Descrição dos polos positivos e negativos por *cluster* e tipo de construto, com base no levantamento bibliográfico inicial 128
Quadro 12: Caracterização sociopolitica e econômica de Portugal. Indicadores selecionados 136
Quadro 13: Construtos excluídos para construção do mapa congregado 150
Quadro 14: Descrições dos polos positivos e negativos do mapa agregado 155
Quadro 15: Descrições dos construtos alterados após validação do mapa agregado para revisão da descrição no mapa congregado 162
Quadro 16: Similaridades e relações entre os construtos do levantamento bibliográfico inicial e os construtos do mapa congregado 186
Quadro 17: Relação entre os construtos do mapa SODA baseado na experiência portuguesa sobre os principais enfrentamentos para a implantação de cidades saudáveis, por *cluster*, e os enfrentamentos das experiências brasileiras de 31 municípios, obtidos de análise da produção acadêmica. 195

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa de Portugal com a indicação dos municípios pertencentes à Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis..... 48
Figura 2: Ilustração da relação interdisciplinar entre as dimensões conceituais que compõem a natureza do conhecimento na teoria de Humberto Maturana e Francisco Valera sobre a natureza do conhecimento (1997)..... 74
Figura 3: Movimentos circulares nos sitemas complexos baseado na teoria da Complexidade de Edgar Morin (2016)..... 91
Figura 4: Exemplo de construto bipolar baseado na teoria de George Kelly (1995) 106
Figura 5: Representações gráficas dos construtos do método SODA 107
Figura 6: Exemplo de uma interligação entre construtos do método SODA..... 107
Figura 7: Hierarquia dos conceitos de acordo com o método SODA..... 109
Figura 8: Classificação dos *stakeholders* baseado na teoria de Eden e Ackermann (1998) 114
Figura 9: Etapas do percurso metodológico desenvolvidas para a pesquisa Cidades saudáveis, utopia e complexidade no planejamento urbano: um estudo da rede portuguesa de municípios saudáveis e reflexões para o cenário brasileiro 115
Figura 10: Mapa SODA, construído para responder à questão "quais os principais enfrentamentos para o Planejamento Urbano de uma Cidade Saudável?", a partir do levantamento bibliográfico inicial..... 131
Figura 11: Construto implosão: uma possibilidade para a solução de alguns enfrentamentos das cidades saudáveis baseado no levantamento bibliográfico inicial 132
Figura 12: Construto explosão: a causa de alguns enfrentamentos para a implementação do Programa Cidades Saudáveis baseado no levantamento bibliográfico inicial..... 133
Figura 13: Mapa SODA baseado na Entrevistada 1 – *stakeholder* Coordenadora Técnica .. 139
Figura 14: Mapa SODA baseado na Entrevistada 2 – *stakeholder* Política..... 141
Figura 15: Mapa SODA baseado na Entrevistada 3 - *stakeholder* Política 143
Figura 16: Mapa SODA baseado na Entrevistada 4 - *stakeholder* Coordenadora Técnica .. 145
Figura 17: Mapa SODA baseado na Entrevistada 5 - *stakeholder* Acadêmica..... 148
Figura 18: Mapa agregado enviado para validação dos cinco *stakeholders* 159
Figura 19: Mapa congregado com as alterações demandadas pelo *stakeholder* acadêmico.. 163
Figura 20***:*** *Cluster* 'condições socioespaciais para uma vida saudável' baseado no mapa congregado de Enfrentamentos para a Implantação da Proposta Cidades Saudáveis. RPMS, 2017..... 171

Figura 21: *Cluster* ‘governança’ baseado no mapa congregado 178
Figura 22: *Cluster* ‘conhecimento’ baseado no mapa congregado..... 182

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Tipos de construtos do Mapa SODA identificados de acordo com a Entrevistada 1 – Coordenação Técnica 138
Tabela 2: Tipos de construtos do Mapa SODA identificados de acordo com a Entrevistada 2 – Política 140
Tabela 3: Tipos de construto do Mapa SODA identificados de acordo com a Entrevistada 3 – Política 142
Tabela 4: Tipos de construtos do Mapa SODA identificados de acordo com a Entrevistada 4 - Coordenadora Técnica 144
Tabela 5: Tipos de construtos do Mapa SODA identificados de acordo com a Entrevistada 5 - Acadêmica 147
Tabela 6: Resumo quantitativo dos conceitos por *clusters* baseado no mapa agregado 154
Tabela 7: Tipos de construtos baseado no mapa agregado 158
Tabela 8: Alguns indicadores de exclusão social brasileira 166
Tabela 9: Quantidade de construtos do *cluster* condições socioespaciais para uma vida saudável 176
Tabela 10: Quantidade de construtos do *cluster* governança 181
Tabela 11: Quantidade de construtos do *cluster* conhecimento 184
Tabela 12: Construtos com maior índice de frequência baseado nos enfrentamentos das experiências brasileiras de 31 municípios para a implantação do Programa Cidades Saudáveis da OMS obtidos de análise da produção acadêmica e o mapa SODA congregado sobre os enfrentamentos da experiência portuguesa 199

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAAE:	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CONASEMS:	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
DGSP:	Diretoria Geral de Saúde Pública
DNSP:	Departamento Nacional de Saúde Pública
KM:	Quilômetro
HAB/ KM²:	Habitantes por quilômetro quadrado
IBGE :	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGOT:	Instituto de Geografia e Ordenamento do Território
IPEA:	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
NOB:	Normas Operacionais Básicas
OMS:	Organização Mundial de Saúde
OPAS:	Organização Pan Americana de Saúde
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PNUD:	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PO:	Pesquisa Operacional
PSM:	*Problem Structuring Methods*
RPMS:	Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis
SCA:	*Strategic Choice Approach*
SNS:	Sistema Nacional de Saúde
SODA:	*Strategic Options Development and Analysis*
SSM:	*Soft System Methodology*
SUS:	Sistema Único de Saúde
TCLE:	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIVAP:	Universidade do Vale do Paraíba
WHO:	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 16
INTRODUÇÃO 18
1 PLANEJAMENTO URBANO E A SAÚDE: PERCURSOS NO BRASIL E EM PORTUGAL 25
1.1 O contexto das cidades do século XXI e o Planejamento Urbano 25
1.2 A formação das cidades e as questões urbanas no Brasil: saúde, cidade e a vida da população brasileira do início do século XX ao início do século XXI 30
1.3 Cidade e saúde tornam-se direitos no Brasil 39
1.4 O Sistema de Saúde e o movimento dos Municípios Saudáveis em Portugal 43
2 CIDADES, SAÚDE, CIDADES SAUDÁVEIS. 50
2.1 O contexto da saúde e sua relação com a cidade: da saúde das pessoas e coletividades à cidade saudável 50
2.2 Das ideias à operacionalização: diretrizes para implementação de cidades saudáveis 58
2.3 Titulação das cidades: saudáveis, sustentáveis e outras qualificações 64
2.3.1 Cidades sustentáveis, cidades saudáveis: o que as identifica e diferencia. 68
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: ESCLARECENDO A PERSPECTIVA DE ANÁLISE 71
3.1 O conhecimento do conhecimento: uma perspectiva biológica 72
3.2 Cidades: organizações vivas e sistêmicas 75
3.3 Cidades: fenômenos sociais autopoieticos 83
3.4 Planejamento Urbano: campo por natureza pertencente ao cenário de complexidade 85
3.5 Interfaces entre os sistemas autopoieticos e a complexidade 101
3.6 Estruturação de problemas complexos: uma abordagem teórica do método 103
3.6.1 Método SODA 105
3.6.2 Seleção dos *stakeholders* 113
4 METODOLOGIA 115
5 RESULTADOS 123
5.1 Desafios para a implantação de cidades saudáveis: o que diz a literatura 123
5.2 A imersão no campo e os mapas cognitivos produzidos e validados pelos *stakeholders* 135

5.2.1 Entrevistada 1, Coordenação Técnica: A visão holística da saúde e literacia sobre a saúde são componentes essenciais para uma Cidade Saudável 137
5.2.2 Entrevistada 2, ator político: Políticas locais, integradas às globais, são estratégias essenciais para construir um país saudável 140
5.2.3 Entrevistada 3, ator político: A saúde é estratégia direcionadora das políticas públicas 142
5.2.4 Entrevistada 4, coordenação técnica: Os determinantes sociais de saúde são norteadores do planejamento urbano saudável 144
5.2.5 Entrevistada 5, acadêmica: Programa cidades saudáveis, um chapéu para as políticas públicas. 146
5.3 Integração das ideias entre os *stakeholders*. Concepções convergentes e complementares. Mapa agregado e congregador. 149
5.4 Análises do mapa congregado: principais enfrentamentos para a implantação do Programa Cidades Saudáveis (OMS) em Portugal 165
5.4.1 Análise quantitativa dos construtos implosão e explosão: construtos de maior influência para a implementação das Cidades Saudáveis 165
5.4.2 Visão geral da análise qualitativa do mapa congregado 168
5.4.2.1 Análise qualitativa do cluster 'condições socioespaciais para uma vida saudável' ... 169
5.4.2.2 Análise qualitativa do cluster 'governança' 176
5.4.2.3 Análise qualitativa do cluster 'conhecimento' 181
5.5 Análise entre o mapa baseado no levantamento bibliográfico e o mapa congregado da experiência Portuguesa 184
5.6 Análise das semelhanças e diferenças: Programa Cidades Saudáveis (OMS) no Brasil e em Portugal 188
6 CONCLUSÃO 202
REFERÊNCIA 206
ANEXO I 215
ANEXO II 216

APRESENTAÇÃO

Em agosto de 2014, iniciei um novo percurso de estudos e pesquisas na minha carreira profissional de administradora. A cada dia que me aprofundo nessa temática, mais apaixonada fico e percebo o quanto é importante para a humanidade conhecer sobre Planejamento Urbano. Digo apaixonada porque a paixão nos move, nos inquieta e nos estimula a sair de uma zona do senso comum para uma atuação mais investigativa.

Desde 2007, é na cidade que vive a maior parte da população humana, e é nesse ambiente que iremos concretizar ou não os nossos sonhos ou pelo menos vivenciar diferentes experiências afetivas, culturais, educacionais, sociais, de lazer, ou simplesmente exercer uma atividade econômica. Há quem diga que um dos grandes questionamentos do ser homem no século XXI não será "em que empresa quero trabalhar?", mas "em que cidade quero morar?".

Antes de iniciar esta pesquisa, atuava com consultorias no âmbito da gestão pública apoiando gestores na elaboração de Planejamento Estratégico, entretanto em áreas específicas, conforme os contratos com as diferentes Secretarias de Governo Municipais no Brasil. Também tive a experiência de conduzir e acompanhar a implementação do Planejamento Estratégico de um departamento de uma Universidade Pública ao longo de sete anos, a qual foi relatada em artigo científico por Rodrigues, Tajra, e Bellini (2014), além da oportunidade que tive de conduzir a elaboração de um Planejamento Estratégico para uma cidade do interior do estado de São Paulo com mais de 240.000 habitantes. A experiência com o desenvolvimento de planejamento não se restringiu à área pública, pois se estendeu a várias organizações privadas na área da saúde, em hospitais, clínicas ou operadoras de plano de saúde do segmento médico e odontológico.

O desenvolvimento dos trabalhos que conduzia era por meio de *workshops,* contando com a participação dos decisores estratégicos e de atores de influência dos órgãos que demandavam o planejamento, utilizando o consenso para as tomadas de decisões. Os resultados dos trabalhos eram organizados em relatórios que apresentavam, além do diagnóstico do ambiente interno e externo, as estratégias organizadas num mapa estratégico conforme a metodologia do *Balanced Scorecard,* desenvolvida por Robert Kaplan e David Norton, e um conjunto de indicadores para o monitoramento das estratégias e ações para atingir os macro-objetivos delimitados.

Ao participar da experiência do Planejamento Estratégico de uma cidade, percebi a ausência, por parte do gestor municipal eleito e de sua equipe, de uma estratégia integradora dos diferentes campos de atuação para a governança da cidade. A percepção dessa lacuna

motivou-me a ampliar o entendimento sobre esse complexo campo que envolve diferentes atores, interesses, incertezas, objetivos (alguns tangíveis e outros, por vezes, intangíveis) e múltiplas perspectivas: o Planejamento Urbano. Encontrei na Universidade do Vale do Paraíba - UNIVAP a possibilidade de fazer esta pesquisa.

Por atuar na área da saúde desde o início da minha jornada profissional, busquei a Profa. Dra. Paula C. Vianna, médica sanitarista com grande experiência e conhecimento em saúde pública, para uma possível orientação na pesquisa do doutorado. Durante a entrevista de seleção, ela me falou que "planejar cidades vai muito além de planejar organizações", e me desafiou a fazer uma investigação sobre o Planejamento Urbano de Cidades Saudáveis conforme o programa lançado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Essa possibilidade me interessou bastante, pois, além de ser uma oportunidade de aprendizado, integrava duas áreas nas quais eu atuava: Planejamento e Saúde.

Como ponto de partida, fui me familiarizando com as temáticas relacionadas ao Planejamento Urbano e com as políticas de promoção de saúde oriundas das iniciativas da Organização Mundial de Saúde. Entretanto, a cada leitura realizada, mais me incomodava perceber a desarticulação do Planejamento Urbano e Promoção da Saúde no Brasil, o que me motivou na investigação desta pesquisa.

Foi a partir desta trajetória que fui investigar os principais enfretamentos da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis para implementar o Programa Cidades Saudáveis da Organização Mundial de Saúde e o que tinha de semelhança e diferença com as experiências brasileiras relatadas em artigos científicos.

INTRODUÇÃO

O Programa “Cidades Saudáveis”, lançado há mais de 20 anos pela Organização Mundial de Saúde como estratégia prioritária de promoção da saúde e qualidade de vida das populações teve como marco a Carta de Ottawa (WORLD..., 1986), decorrente da primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada no Canadá em 1986. Entretanto, essa temática ainda é irrelevante nas agendas governamentais no Brasil e além de apresentar poucas iniciativas no país, são desarticuladas entre si.

Sabemos que existe uma relação histórica entre o Planejamento Urbano e a Saúde Pública, como campos de saber e prática, que remonta ao século XVIII e que é constantemente renovada para responder aos desafios advindos das mudanças sociais, políticas e econômicas que tecem a trama urbana, principal suporte da sustentação da vida na contemporaneidade. No Brasil, essa relação histórica tem-se perdido, como será apresentado neste trabalho.

A temática da promoção da saúde não chama a atenção dos governantes, no Brasil. Ao estudar o Modelo de Múltiplos Fluxos de Kingdon (CAPELLA, 2007), que aponta que um tema se torna importante e chama a atenção do governo para ser incluído na agenda quando é socialmente percebido e interpretado como um problema pode explicar parcialmente a pouca relevância dada à temática. Ao despertar a atenção dos atores e agentes sociais envolvidos no processo decisório de uma agenda governamental, o tema passa a ser chamado, nesse modelo, de ‘questão’. Quando uma questão desperta a atenção desses participantes por meio de mecanismos tão diversos como a divulgação ou a análise de indicadores, um evento, uma situação de crise, um símbolo e/ou *feedback* das ações governamentais são interpretados pelos sujeitos como problema, passando a tornar-se relevante para a agenda governamental.

Além das questões apontadas por Capella (2007), é possível perceber as disputas de poder entre os campos de conhecimento em questão – Planejamento Urbano e Saúde Pública - , visto que se trata de um tema complexo por natureza e que envolve várias áreas simultaneamente, sendo factível que os diferentes campos disputem um espaço maior nas agendas governamentais, seja na visibilidade, na participação no orçamento do governo, seja nas diretrizes conceituais que direcionam a política governamental.

O Planejamento Urbano de uma cidade é por natureza complexo e, quando verificamos a possibilidade de implementação do Programa Cidades Saudáveis, que tem uma concepção transdisciplinar, podemos caracterizá-lo como “hiper-complexo” (MOIGNE, 1999, p. 56), o que dificulta sua implementação.

Esse Programa da OMS (OMS, 1995) tem como características essenciais: a participação social, considerando que a população deve estar envolvida desde o diagnóstico das necessidades de uma cidade até a formulação e acompanhamento das estratégias; a intersetorialidade, pois todas as fases de elaboração e implementação necessitam contar com a contribuição das diversas áreas de conhecimento, para que as ações sejam transversais, visando ao bem-estar e à qualidade de vida da população; não ser orientado por um modelo padrão de implementação, pois cada cidade possui uma característica histórico-sócio-econômico-cultural diferente, que deve ser respeitada e que demanda diferentes oportunidades de melhoria; e, por fim, o objetivo de romper o paradigma cartesiano de que a promoção da saúde é uma atividade inerente à "pasta" saúde, que, na prática, tem como ponto central cuidar das doenças. A saúde, na perspectiva da Promoção da Saúde, é percebida como resultado de vários fatores considerados determinantes, tais como as condições econômicas, culturais, sociais e promoção da paz.

Diante da percebida hiper-complexidade do objeto de estudo desta pesquisa, optei por buscar entendimento sobre os fenômenos sociais a partir das conceituações teórias que investigam os organismos vivos na sua complexidade. Recorri à Teoria da Autopoiese, dos autores Maturana e Varela (1995), e à Teoria da Complexidade, de Edgar Morin (2016), as quais têm entre si elevada aderência. Essas duas teorias dialogam entre si continuamente, não sendo possível falar de organismos vivos sem entendê-los como organismo complexos. A percepção dos fenômenos sociais, por sua vez, como se vê no decorrer deste trabalho, permeia a complexidade que envolve os organismos vivos, ambos em estágio contínuo de interações e mudanças.

O uso dessas referências teóricas, a Teoria da Autopoiese e a Teoria da Complexidade, deu-se também porque foram esssas bases conceituais que utilizei durante o mestrado na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, no programa Educação (Currículo) com ênfase em Novas Tecnologias. Utilizei esses referenciais para entender como se dava o processo de interação das comunidades virtuais de aprendizagem. A dissertação de mestrado 'Comunidades virtuais: um fenômeno social autopoiético na sociedade do conhecimento' teve por objetivo apresentar o fenômeno social representado pelas comunidades virtuais como um sistema autopoiético inerente à Sociedade do Conhecimento. Nesta pesquisa, as comunidades foram consideradas como sistemas autônomos e com processos auto-organizacionais influenciados pela relação de cooperação, o que permitia a criação de ambientes favoráveis para o desenvolvimento dos trabalhos e a participação democrática de seus membros. As relações recorrentes entre os componentes de uma comunidade garantiriam sua manutenção

por meio de movimentos espirais dinâmicos crescentes, contando com as influências do ambiente externo sobre o ambiente interno e vice-versa, verificando assim a sua conservação e adaptação ao contexto. A partir dessa análise, foi possível entender que as comunidades virtuais podem ser ambientes propícios para a construção de novos saberes, tendo como referência o paradigma educacional emergente numa sociedade complexa. Muitos desses conceitos e entendimentos sobre os fenômenos sociais foram importantes para estudar as cidades, conforme se constata nesta pesquisa de doutorado.

A Teoria da Autopoiese (MATURANA; VARELA, 1997), vem contribuir com o entendimento das cidades como organismos vivos e em constante estado de transformação, adaptando-se ao meio externo e interno, na busca da manutenção da sua autopoiese. Essa teoria aplicada ao Planejamento Urbano possibilita observar uma cidade como organismo vivo, sendo assim será necessário que os atores envolvidos estejam dispostos a lidar com a dinâmica contínua da própria natureza das cidades. As cidades, fenômenos sociais com características dos organismos vivos, possuem interações recorrentes circulares que as modificam dentro do seus limites de operação e, seus sistemas, apesar de serem abertos, também são fechados e autônomos.

A Teoria da Complexidade (MORIN, 2006) vem propor o rompimento do pensamento disciplinar, fragmentado e simplista para a análise e entendimento dos problemas complexos. Como afirma Morin (2006, p. 8): “[...] os problemas cruciais da complexidade são invisíveis para os que pensam de modo simplificado”. Essa Teoria vem propor um pensamento baseado na cooperação entre as diferentes áreas de conhecimento, entre homens e coisas, entre a sabedoria intuitiva e a científica baseada nos métodos rígidos, valorizando o imaginário, as ideias, a vida. A Teoria da Complexidade toma a incerteza como certa e considera que o determinismo universal desmoronou o dogma da ciência do século passado.

As Teorias da Autopoiese e da Complexidade consideram que conhecer um fenômeno social só será possível se as informações forem integradas ao contexto do fenômeno social. A percepção desse fenômeno dentro de um paradigma mais amplo exige um conhecimento mais sofisticado e complexo, evitando o erro e a ilusão do conhecer objetivo e racional. Essas teorias usam a noção de sistemas, para a qual o entendimento das partes diferentes demanda conhecer o todo unido, organizado, reconhecendo que as partes se movem, se regeneram e possuem interações circulares produzindo continuamente os efeitos e as causas de forma recorrente. Uma imagem evocada pela Teoria da Complexidade para os fenômenos complexos é a do holograma, em que um ponto contém praticamente toda a informação de um objeto. Nesse sentido, um paralelo pode ser feito com a Teoria da Autopoiese, no que se

relaciona à identidade dos organismos vivos, fechados e autônomos, capazes de se auto-regularem e de possuírem características que os definem como parte da totalidade. Para essas teorias, os organismos tendem ao processo de entropia, desestruturam-se, desorganizam-se, mas buscam sua manutenção pelo princípio dialógico, cedendo-se para a vida, evitando a morte, recuperando e renovando o conhecimento, a cultura. Aqui, entende-se que o Programa Cidades Saudáveis, como proposição integrativa, visa reunir o que estava separado ao pensar as cidades em sua dinâmica totalidade, provocando um rompimento das estruturas tradicionais de pensamento de um modo consciente a partir do conceito de promoção da saúde.

Segundo Moigne (1999, p. 48), "[...] quanto mais uma situação for percebida como complexa, maior deverá ser a inteligência que precisaremos para dominá-la", sendo necessário "[...] transformar o que é ininteligível percebido em potencialmente inteligível concebido" (*Idem*, p. 50). Para isso, sugere-se, na Teoria da Complexidade, a representação elaborada da experiência cognitiva de uma situação, pois essa elaboração é resultado de um exercício cognitivo de quem o interpreta, ou seja, o produto resultante de um estudo é dependente do produtor, que fará escolhas e definirá os processos cognitivos designados. Como explicado em outras palavras, por Maturana (1997), tudo que é dito, é dito por um observador. Ou, como analisa Bourdieu (1985), trata-se de "[...] objetivar o sujeito da objetivação", reconhecendo que as categorias são criadas por pessoas que possuem uma trajetória e visão de mundo. Para demonstrar a complexidade percebida por um "produtor", Moigne (1996), com base na teoria da complexidade, sugere a modelização sistêmica da complexidade como forma de permitir melhor compreensão das formas em movimento e representar a ação que se percebe em uma situação de complexidade. Entendida como organização-método, a modelização dos fenômenos percebidos como ativos é instrumento metodológico fundamental para a análise de fenômenos complexos.

O Planejamento Urbano para Cidade Saudável é um problema, por natureza, de elevado grau de complexidade, por envolver diferentes *stakeholders* e interesses conflitantes em jogo, apresentar múltiplas dimensões e interfaces e se relacionar a distintas áreas de conhecimento. Tal contexto dificulta o entendimento das questões a serem enfrentadas e, consequentemente, a visualização de estratégias para a implantação da proposta. Para modelar o problema complexo do Planejamento Urbano das Cidades Saudáveis, busquei como método uma das opções da área da Pesquisa Operacional "*soft*", que considera que a estruturação dos problemas complexos não se dá por meio de modelos quantitativos.

O método escolhido foi o *Strategic Options Development and Analysis* (SODA). Esse método visa estruturar problemas complexos por meio do mapeamento cognitivo,

favorecendo melhor estruturação, visualização e identificação dos componentes dos problemas complexos, contando com uma percepção holística que facilita posterior formulação de estratégias e tomadas de decisões pelas partes interessadas na análise do problema (EDEN, 2004). Também optei pelo SODA porque é indicado para situações caracterizadas pela incerteza e que não podem ser resolvidas por modelos quantitativos, devido à complexidade envolvida, seja pelos inúmeros *stakeholders* e conflitos de interesses entre eles, seja pelas dimensões dos problemas do contexto em estudo (GEORGIOU, 2010).

O uso de um instrumental analítico e com representação gráfica que considera a complexidade do Planejamento Urbano, baseado nas abordagens de Morin, Maturana e Varela, para a análise de uma proposta de organização do urbano, constitui-se como um diferencial desta pesquisa, visto que também aproxima o entendimento e a interpretação dos dados a partir de uma metodologia de estruturação de problemas complexos, visando facilitar o entendimento dessa complexidade.

Definidas a questão e a abordagem, foi necessário identificar um cenário em que a proposta da OMS de Cidades Saudáveis houvesse sido implantada para análise, de forma que possibilitasse uma reflexão sobre a viabilidade da adoção dos princípios desse Programa no Planejamento Urbano de cidades brasileiras no século XXI. Para isso, foi utilizada como referência a experiência da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis.

Como parte do processo de investigação desta pesquisa, realizou-se uma pesquisa em campo para conhecer o funcionamento da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis, os mecanismos e elementos políticos e administrativos que facilitaram a implementação da proposta Cidades Saudáveis. Essa Rede foi instituída em 1997, e até o momento conta com a participação voluntária de mais de quarenta municípios portugueses. Além influenciar as políticas pública no seu país, é também integrante da Rede das Redes das Cidades Saudáveis na Europa.

Por fim, foram comparados os resultados da análise da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis com algumas iniciativas de implantação da proposta realizadas no Brasil, obtidas por levantamento bibliográfico, visando identificar os principais enfrentamentos dos dois países. Em seguida, foram analisadas de forma crítica e reflexiva as questões que envolvem o Programa Cidades Saudáveis para o Brasil como uma proposta de planejamento urbano integradora, que considera a cidade em sua complexidade e tem o bem-estar das pessoas como seu objetivo principal, favorecendo que as cidades brasileiras tornem-se lugares urbanos saudáveis.

A pesquisa “Cidades saudáveis, utopia e complexidade no planejamento urbano: um estudo da rede portuguesa de municípios saudáveis e reflexões para o cenário brasileiro” pode ser considerada uma utopia, um desejo, um sonho, mas pode ser uma proposição norteadora para os gestores públicos das cidades brasileiras do século XXI conduzirem seus trabalhos de forma integrada. Como diria Randolph (2016), alcançar uma sociedade justa, igualitária e democrática só seria possível se houvesse a possibilidade de planejar essa utopia, entretanto antes disso seria necessário construir a utopia do próprio planejamento. Talvez o Programa das Cidades Saudáveis seja uma das utopias do próprio planejamento urbano. Por fim, espera-se, com esta pesquisa, oferecer contribuições aos diversos atores participantes da formulação e implementação de planejamento urbano para que possam analisar a complexidade em que estão envolvidos, apoiando-os no desenvolvimento de uma visão crítica e de formulação de planos em prol do bem-estar das pessoas que vivem nas cidades.

Diante da apresentação do cenário e do contexto desta pesquisa, definiu-se como objetivo geral: analisar a proposta de ‘Cidades Saudáveis’ (OMS) como possibilidade de aproximação dos campos interdisciplinares e complexos do Planejamento Urbano e da Saúde Coletiva de modo crítico, reflexivo e propositivo a partir da experiência da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis e das experiências brasileiras. Foram definidos como objetivos específicos: aplicar ao Planejamento Urbano, compreendido como fenômeno social, as conceituações teóricas que investigam os organismos vivos na sua complexidade e modelar um problema complexo (Planejamento Urbano) por meio de um método de PSM.

As questões centrais investigadas foram: é possível analisar a proposta Cidades Saudáveis (OMS) como uma proposição de planejamento urbano que lide com a cidade em sua complexidade? Nessa perspectiva, quais os principais enfretamentos para implementação do Programa Cidades Saudáveis (OMS) no Brasil, tendo como referência a experiência dos municípios da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis?

Este relato de pesquisa está estruturado em 6 (seis) capítulos, conforme descrição que segue.

No capítulo 1, apresenta-se o contexto das cidades no século XXI e como se deu a aproximação entre o Planejamento Urbano e a Saúde Pública no Brasil, no final do século XIX e início do século XX, tendo como referência o movimento higienista e sanitário. Para fundamentar o processo histórico dessa aproximação, relata-se como se deu a ocupação territorial no Brasil, desde a época da colonização portuguesa até a Constituição de 1988. Esta Carta Magna estabeleceu o direito à cidade e à saúde. São apresentadas as principais

iniciativas no Brasil que tiveram como objetivo a implementação do Programa Cidades Saudáveis e o modo como foi implantado esse Programa em Portugal.

São apresentados e explorados, no capítulo 2, os principais conceitos envolvidos na temática da pesquisa. Inicialmente, aborda-se o contexto das cidades do século XXI e o papel do planejamento urbano para modificar o panorama apresentado. Em seguida, o percurso que originou o programa Cidades Saudáveis, para que se perceba a trajetória percorrida pelos movimentos da área da saúde em direção à melhoria da qualidade de vida com atenção aos interesses da coletividade. Também são apresentadas as principais diretrizes para implementação de Cidades Saudáveis conforme recomendado pela OMS e os atores que estudam esse movimento.

A fundamentação teórica deste trabalho é assunto do capítulo 3. Tem-se como referencial o entendimento das cidades como organismo vivos, autopoiéticos, e como referência a teoria de autopoiese de Humberto Maturana e Francisco Varela. A definição das cidades a partir desse referencial demanda que o Planejamento Urbano seja percebido como um campo complexo. Para buscar o entendimento dessa complexidade, recorreu-se a Edgar Morin. Neste sentido, o Planejamento Urbano e a efetiva implantação da proposta em estudo, a das Cidades Saudáveis, necessita estar fundamentado na interação interdisciplinar dos diferentes *stakeholders*. As abordagens de Humberto Maturana, Francisco Varela e Edgar Morin são interfaceadas, ao longo desse capítulo, com autores do campo do Planejamento Urbano, visando-se integrar a temática ao olhar da autopoeise e da complexidade. Por fim, é apresentado o método *Strategic Options Development and Analysis* (SODA), que estrutura um problema complexo por meio do mapa cognitivo como uma forma de facilitar o entendimento do problema em estudo.

A metodologia utilizada na pesquisa é assunto do capítulo 4, tendo como destaque a revisão bibliográfica e o uso do mapa cognitivo SODA para a estruturação do planejamento urbano.

No capítulo 5, os resultados da pesquisa, com base nas entrevistas realizadas na rede portuguesa e sistematizadas no mapa cognitivo SODA, e uma reflexão sobre esse mapa, relacionando-o com o levantamento bibliográfico e as experiências brasileiras.

As considerações e conclusões sobre os achados desta pesquisa constituem o capítulo 6.

1 PLANEJAMENTO URBANO E A SAÚDE: PERCURSOS NO BRASIL E EM PORTUGAL

Apresentam-se neste capítulo as características do contexto das cidades do século XXI. Demonstra-se, também, como o Planejamento Urbano tem papel fundamental para transformá-las de forma que possam favorecer aos indivíduos o desenvolvimento de suas potencialidades. São apresentadas as preocupações de como a humanidade, ao longo dos séculos, tem lidado com as questões urbanas. O Planejamento Urbano é apresentado como um campo de conhecimento interdisciplinar que requer uma forma de pensar de acordo com cada contexto histórico, cultural, social e econômico. Para realizar contextualizar a análise crítica da proposta desta pesquisa, neste capítulo também é apresentado o processo de urbanização do Brasil e o modo como ocorreu o percurso articulado entre o Planejamento Urbano e a Saúde Pública no país. Percurso este iniciado pelo movimento higienista e sanitarista, contando com a atuação multidisciplinar de médicos e engenheiros. Apresenta-se também a estruturação do sistema público de saúde (o Sistema Único de Saúde, SUS) e algumas iniciativas do Programa Cidades Saudáveis (OMS) no Brasil. Em seguida, é apresentada a constituição do sistema de saúde pública de Portugal e a Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis como estratégia para implementação do Programa Cidades Saudáveis (OMS) nas terras lusitanas.

1.1 O contexto das cidades do século XXI e o Planejamento Urbano

Atualmente, mais de 50% da população mundial vive nas cidades. Até 2050, serão mais de 75%. E como vive e viverá essa população? Leite (2012) alerta que o Banco Mundial prevê que, até 2035, as cidades se tornarão locais predominantes da pobreza. Segundo esse autor, os múltiplos territórios urbanos abrigarão as principais questões da humanidade, em variadas dimensões, como a econômica, social (incluindo a saúde), cultural, ambiental e educacional, compondo um sistema urbano complexo que deve ser analisado e compreendido a partir de uma ótica interdisciplinar.

A população das cidades aumentou mais de dez vezes em dez anos, o que fez com que, desde 2007, o mundo passasse a viver uma realidade radicalmente diferente: existem mais pessoas nas cidades do que no campo. Há cem anos, apenas 10% da população vivia nas

cidades. A importância das cidades para a vida das pessoas é tão impactante, que Leite (2012) afirma que se o século XIX foi dos impérios, o XX, das nações, e o XXI é o das cidades.

Entretanto, o crescimento urbano, da forma como tem acontecido, tem comprometido 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 urbanos (HALL, 2013). Acselard (1999, p. 81) reforça essa visão no alerta de que "[...] o futuro das cidades dependerá em grande parte dos conceitos constituintes do projeto de futuro construído pelos agentes relevantes na produção do espaço urbano".

Para Rossa (2007, p. 16-17) "[...] as cidades são decorrentes da vida coletiva da humanidade" e "[...] não existe civilização sem cidade, sendo que a vida em comunidade é determinante para que possa desenvolver as suas potencialidades". Entretanto, "[...] isso não significa que a vida nas cidades deixa de ser tão selvagem". Segundo a autora, "[...] para que as cidades se apresentem como o habitat natural do ser humano deveriam fornecer-lhe condições para satisfação das suas necessidades básicas de proteção, segurança, subsistência, lazer, prazer, identidade, dentre outros". Caso contrário, "[...] significa a exclusão e regresso de algumas características selvagens" (*Idem*, p. 17).

As cidades crescem ao longo de sua história social, econômica e cultural, e às vezes rapidamente e de forma desordenada. Martins e Cândido (2015) reforçam esse pensamento quando afirmam que as cidades não nascem grandes; elas se formam e constroem sua identidade a partir de um conjunto de aspectos que se fundem para formar um ambiente de complexas relações. Dessa forma, é possível considerar as cidades como sistemas vivos, dinâmicos e autônomos que se adaptam ao meio externo e interno e que estão em estado contínuo de mudança. Por meio de interações contínuas, buscam sua auto-organização para manterem-se vivas (VIANNA; TAJRA, 2015).

As cidades são organizações sociais dinâmicas que deveriam propiciar aos indivíduos a vivência de suas potencialidades, atendendo às suas expectativas de qualidade de vida e bem-estar. No entanto, a esse cenário ideal Rossa (2007, p. 19) contrapõe o cenário real urbano, alertando que a cidade tem-se "[...] tornado cada vez mais complexa e considerada sempre aquém do desejo" das pessoas que vivem nela.

Para analisar as cidades nessa dinâmica contínua e recorrente, Portugali (1997) enfatizou a pertinência da aplicação das teorias sistêmicas aos fenômenos urbanos, e caracterizou os sistemas autossustentáveis como aqueles passíveis de reorganizar sua estrutura

interna, independentemente de causas externas. Afirma que tais sistemas exibem fenômenos instáveis, estruturais e caóticos associados às cidades do século XX. Perceber as cidades como organismos vivos reforça o quanto elas necessitam inovar, reestruturar-se, regenerar ou mesmo se reinventar, para estarem disponíveis de forma plena e saudável para as próximas gerações, princípio que fundamenta a noção de sustentabilidade.

A sustentabilidade das cidades envolve múltiplos critérios e campos: social, cultural, ecológico, ambiental, territorial, econômico e político (SACHS, 2009). Segundo Sachs (2009): a sustentabilidade social relaciona-se à redução das desigualdades sociais e ao acesso a serviços básicos que possibilitem melhor qualidade de vida; a cultural relaciona-se ao equilíbrio entre a tradição e a inovação, em oposição às cópias servis dos modelos alienígenas; a ecológica relaciona-se à delimitação do uso dos recursos não renováveis; a ambiental relaciona-se com respeito e realce da capacidade de autodepuração dos ecosistemas naturais; a territorial relaciona-se ao adequado uso do território e à distribuição espacial dos recursos; a econômica é tida como condição essencial para o desenvolvimento econômico, com a presença de uma governança democrática a favor da liberdade; e, finalmente, a sustentabilidade política, no âmbito nacional, relaciona-se à capacidade do Estado em implementar parcerias com os empreendedores, à apropriação universal dos direitos humanos e ao razoável nível de coesão social. Neste sentido, a sustentabilidade seria elemento sistêmico a ser observado nas cidades do século XXI.

É nesse contexto de transformações das cidades que se encontram mais acentuadas as questões apontadas para a área do Planejamento Urbano, que assume relevante papel no alcance social da segurança, do bem-estar, da justiça social e da proteção do meio ambiente, de forma a favorecer a liberdade dos indivíduos e o desenvolvimento das potencialidades humanas (PEREIRA, 2014). Pode-se definir Planejamento Urbano como um campo que visa estudar e propor a melhor utilização social de um território, em decorrência de todas as relações sociais, econômicas, ambientais e culturais nele existentes. É possível sugerir que o Planejamento Urbano seja realizado a partir de uma perspectiva holística, prevendo-se a melhor utilização dos diversos recursos disponíveis nos sistemas urbanos de forma a favorecer o bem-estar e a qualidade de vida de seus habitantes.

É possível afirmar que desde o início da humanidade existia preocupação quanto ao uso e a ocupação do solo, em função do acesso à água, da insolação, do uso dos recursos pluviais e da necessidade de defesa contra os demais animais. Dentre os principais momentos e

realizações da Antiguidade e início da Idade Média sobre a organização espacial dos territórios das cidades, cita-se que[1]:

- Na Mesopotâmia, Egito e Grécia ocorreram os primeiros registros de fixação do homem na terra (início da gênese do projeto urbano).
- Na Babilônia ocorreu o primeiro registro de uma cidade com um sistema de segurança baseado num muro intermediado com um fosso profundo com água. Essa cidade, aparentemente, foi totalmente planejada, com distribuição das casas, dos templos, da residência real.
- O grego Hipódomo de Mileto propôs a divisão das cidade de acordo com as classes sociais da época, os assuntos relacionados aos deuses, a separação entre área pública e privada, as diferenças de zoneamentos.
- Os projetos romanos tinham como ponto de referência uma diretriz física a partir da cruz do carmo e do decumanos, que direcionavam todas as vias das cidades.
- As cidades medievais tinham como referências pontos geográficos altos e a igreja principal como ponto central para o controle de toda a cidade.
- Marcos Vitrúvio Polião, arquiteto romano, levou para a organização territorial das cidades a própria concepção do corpo humano, separado em partes.

A partir destes apontamentos, é possível perceber que não existe uma proposta única e definitiva para melhor organizar o uso do território de uma cidade, pois há diferentes concepções que são norteadas por princípios, crenças, convicções, estudos e propostas baseadas em pesquisas, que retratam o conhecimento e a cultura da época e o espaço em que são instituídas.

Também se deve esclarecer que falar sobre Planejamento Urbano naturalmente remete ao Urbanismo. Segundo Freitag (2002, p. 46), o urbanismo refere-se a uma disciplina recente, introduzida inicialmente na França, a partir de 1910. Surgiu como consequência da expansão da sociedade industrial. George-Eugène Haussmann foi o precursor dessa disciplina nos cursos de arquitetura e engenharia. Inicialmente foi chamada de "planejamento urbano", depois foi consolidada como "escola" do "urbanismo", por Le Corbusier (FREITAG, 2012, p. 58).

Le Corbusier foi o autor da Carta de Atenas, resultado de um encontro entre arquitetos e urbanistas em 1933, na Grécia. Essa Carta estabeleceu os princípios básicos do morar e viver

[1] Baseado no conteúdo da disciplina Abordagens Teóricas e Tendências Contemporâneas do Planejamento Urbano e Regional, ministrada pelo Professor Pedro Ribeiro, Pós-graduação em Planejamento Urbano e Regional, agosto de 2014.

modernos da primeira metade do século XX e estruturou as quatro funções básicas para o planejamento urbano: habitar, trabalhar, circular e ter lazer. Essas foram as principais representações sociais estabelecidas para as cidades, consideradas modernas, desejadas, nesse período.

Henri Lefebvre, quando diretor do Instituto de Sociologia Urbana em Nanterre, a partir de 1965 preocupou-se em modificar o ensino do urbanismo, tornando-o interdisciplinar (FREITAG, 2012, p. 71), atendendo a uma nova demanda social desse período da humanidade.

O nascimento da disciplina Urbanismo demonstra que a preocupação acadêmica com a melhoria das cidades. Os pressupostos estabelecidos nessa disciplina têm uma relação direta com o que se deseja para as cidades, tais como os elementos habitações, trabalho para uma vida digna, necessidade de mobilidade nos espaços urbanos e convivência nos espaços de lazer, conforme proposto por Le Corbusier.

Além da conceituação do Planejamento Urbano é importante também apontar que existem várias linhas de pensamento sobre a organização das cidades que são estruturadas como escolas das cidades, sendo as mais conhecidas: Escola Alemã, Escola Francesa, Escola Inglesa, Escola Americana e a Escola Latino-Americana. Essas escolas abrangem um conjunto de teóricos que pensam a questão urbana e o fenômeno das cidades no contexto de sua cultura, de seu tempo, de suas tradições filosóficas e sociológicas. Logo, há uma única teoria das cidades válida para todas elas (FREITAG, 2012).

Como visto, não existe uma única forma de pensar o Planejamento Urbano, pois cada contexto requer uma proposta singular e, talvez, o melhor seja buscar uma composição das diversas possibilidades adequadas a cada realidade. Talvez se possa dizer que para planejar o urbano seja necessária inspiração nas diversas teorias das cidades.

“Planejamento Urbano” é, assim, uma expressão dinâmica que muda a cada época. Também não é uma profissão, mas uma área, um campo de conhecimento e atuação profissional multidisciplinar que cresceu, de forma mais acentuada, a partir da revolução industrial.

O Planejamento Urbano, pela sua natureza, é um campo do conhecimento interdisciplinar em que o principal objeto de estudo e atuação está relacionado à dimensão territorial, compreendida de forma dinâmica, influenciada pelo cenário social, econômico, cultural, político, ambiental e tecnológico de cada época. 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 (FREITAG, 2012).

A dinâmica do Planejamento Urbano é multi e interdisciplinar, constituindo um campo construído a partir da contribuição de saberes distintos e, por essa definição, pode ser considerado uma área transdisciplinar, em que os atores envolvidos fazem constante interface com o poder político, a rede de serviços públicos e o setor privado (FREITAG, 2012). O reconhecimento da complexidade desse campo, formado pelo relacionamento de múltiplos atores e interesses em jogo, é de fundamental importância para analisar como se dá a identificação de necessidades e o planejamento de ações que respondam a elas. Neste sentido, compreende-se ao mesmo tempo a importância e o desafio do estabelecimento de parcerias entre os atores da sociedade para a definição de prioridades, o planejamento das intervenções e a implementação de projetos relacionados ao uso do território.

Lacerda (2013, p. 79) alerta que o Planejamento Urbano opera orientado por duas lógicas, a de natureza teórica e a de natureza prática. A teórica interpreta e valoriza a produção do conhecimento, e a prática atua na intervenção no espaço urbano. Para essa autora, o campo do planejamento urbano é jovem, está em "[...] permanente transformação, seja em função da integração de novas disciplinas e temáticas, seja por ajustes teóricos e conceituais, bem como metodológicos trazido pela expansão de suas fronteiras"). Isso implica inversibilidade do paradigma monodisciplinar e interlocuções inovadoras.

A Organização Mundial de Saúde propõe diretrizes que podem nortear o planejamento urbano das cidades do século XXI, por meio do Programa Cidades Saudáveis, proposta que considera os elementos da sustentabilidade numa perspectiva da complexidade e que almeja o bem-estar das populações (OMS, 1995).

1.2 A formação das cidades e as questões urbanas no Brasil: saúde, cidade e a vida da população brasileira do início do século XX ao início do século XXI

A aproximação entre o Planejamento Urbano e a Saúde Pública, no Brasil, pode ser percebida desde o fim do século XIX e início do século XX. O processo de urbanização ocorreu aliado aos movimentos higienista e sanitário, que tinham por objetivo valorizar ações relativas à saúde da população no âmbito pessoal e coletivo, por meio da educação pública, da introdução de hábitos de higiene e da normatização e regulação dos espaços para favorecer essas práticas (PAIM *et. al.,* 2011). Entretanto, para Holanda (1995) a problemática urbanística inicia-se bem antes, ainda no período da colonização, quando não havia preocupação, por parte do Estado, com as questões da saúde da população, conforme exposições no decorrer deste capítulo.

A ocupação no espaço brasileiro, como lembra Holanda (1995), inicia-se pelas regiões litorâneas, tendo como foco principal a exploração comercial imediatista para gerar proveitos para o Estado Português, pois se entendia que o Brasil seria apenas um simples "lugar de passagem" (HOLANDA, 1995, p. 99). A distribuição de terra foi realizada por meio de cartas de doações das conhecidas capitanias hereditárias aos homens bons e fiéis ao reino de Portugal, sem considerar nenhum outro critério, apenas o de explorar os recursos para que servissem de base de troca mercantilista com os países europeus. O desenvolvimento da urbanização acarretou "[...] um desequilíbrio social, cujos efeitos permanecem vivos ainda hoje (HOLANDA, 1995, p. 145).

Somente com o descobrimento das minas tiveram início as primeiras obras colonizadoras no interior do país. Para Holanda (1995), a obra realizada pelos portugueses no Brasil foi muito mais uma feitorização que uma colonização. Somente a partir da descoberta dos diamantes, no século XVIII, é que a corte portuguesa se interessou em iniciar uma "organização do território brasileiro".

Ao mesmo tempo em que o Brasil vivia seu processo de colonização, ou feitorização, os demais países da América do Sul, colonizados pelos espanhóis, apresentavam outras características, como um processo de colonização como espelho/expansão de suas próprias terras em outros territórios, com estímulo inclusive ao desenvolvimento intelectual. Entre o período de 1775 e a independência, no México, haviam se formado 7.850 bacharéis, 473 doutores e licenciados; nesse mesmo período, dentre os naturais do Brasil havia apenas 720 com nível superior de educação, graduados em Coimbra. Em 1535, eram impressos livros na Cidade do México. Por volta de 1747, em todas as principais cidades da América espanhola existiam estabelecimentos gráficos. Nesse mesmo ano, no Brasil, a realeza manda fechar uma oficina no Rio de Janeiro. Até o ano de 1821, foram publicadas 11652 obras na América Latina. No Peru, entre 1584 e 1824 foram produzidos 3.948 títulos (HOLANDA, 1995).

A corte Portuguesa boicotava qualquer iniciativa no Brasil que pudesse colocar em risco ou questionasse a administração lusitana. Sentia-se ameaçada pelos empreendimentos que pudessem comprometer o primitivo modelo da família patriarcal por eles defendido e praticado (HOLANDA, 1995). Os lusitanos apoiavam as relações baseadas no homem cordial, nas relações de simpatia, dificultando outras formas de agrupamento. Não achavam agradáveis "[...] as relações impessoais, características do Estado, procurando reduzi-las ao padrão pessoal e afetivo" (HOLANDA, 1995, p. 17).

Como lembra Elias (2008, p. 533),

> "[...] formas inconvenientes de conhecimento e de pensamento são frequentemente reprimidas e esquecidas ou, às vezes, meramente ditorcidas e expurgadas de acordo com a distribuição de poder entre os grupos que controlam a produção e a disseminação do conhecimento".

Dessa forma, o berço do desenvolvimento brasileiro constituiu-se referenciado na distribuição de terras com base no favorecimento, uma colonização sustentada na exploração dos bens e com foco imediatista e uma população sem acesso às possibilidades de expandir seus conhecimentos e melhorar suas condições de vida.

A sociedade brasileira constituiu-se com base nas atividades rurais em grandes propriedades, apoiadas pelo trabalho escravo, num sistema pater-família. As fazendas eram autônomas, dispunham dos recursos para a sobrevivência dessas famílias, nobres e escravas. A força política também estava concentrada nas mãos dos fazendeiros escravocratas, o que situava a entidade privada em posição superior à entidade pública. As leis eram determinadas dentro dos limites territoriais dos grandes fazendeiros.

De 1851 a 1855 ocorre no Brasil uma série de reformas e ações desenvolvimentistas, tais como a expansão do Banco do Brasil (com a sua segunda agência), a inauguração da primeira linha telegráfica, o Banco Rural e Hipotecário, a abertura do tráfego da primeira linha de estradas de ferros, a redução da entrada de escravos no país (HOLANDA, 1995). Com essas mudanças, as atividades que eram mais fortes nas zonas rurais deslocam-se para os centros urbanos que se formavam.

Tal transformação foi fortalecida, ainda mais, com a abolição da escravidão, em 1888, que para Lima e Hochman (1996, p 11) não ocorreu de forma adequada, pois foram

> "[...] lançados abruptamente enormes contingentes populacionais, desprotegidos e não qualificados, nas periferias das cidades, gerando o despovoamento do interior e a carência de mão-de-obra na lavoura. Ao mesmo tempo, criava sérios problemas habitacionais, de educação e de saneamento nos centros urbanos".

Com a migração da população para os centros urbanos, inicia-se a 'colonização' dessas novas localidades, as cidades. Surge também uma nova elite, a dos intelectuais, dos bacharéis, que passam a ter tanto prestígio quanto os fazendeiros. O trabalho intelectual passa a ser valorizado em contraposição aos trabalhos manuais, que eram considerados inferiores e pertencentes às classes servis. "O anel de grau e a carta de bacharel eram equivalentes a autênticos brasões de nobreza" (HOLANDA, 1995, p. 83). Em outras palavras, "[...] o

trabalho mental, que não suja as mãos e não cansa o corpo [...] em todos os sentidos é digna de antigos senhores de escravos e dos seus herdeiros" (*Idem*).

Como o desenvolvimento dos centros urbanos no Brasil ocorre no início do século XX e a mão de obra para o trabalho era escassa para o novo momento econômico, em que se exportavam matérias primas, em que se recebiam imigrantes e havia necessidade de recrutamento militar, percebeu-se a urgência de rever onde estavam as pessoas para tais atividades, nascendo, assim, os movimentos nacionalistas com base no saneamento dos sertões tendo como mote "[...] a saúde, a educação, o civismo e valores nacionais, o serviço militar obrigatório, etc." (HOCHMAN, 1998, p. 220).

Nesse período, a despeito de a maior parte da população se encontrar na zona rural, era nos emergentes centros urbanos que se construíam os valores da nova sociedade. As ideias eugenistas de uma população atrasada e preguiçosa, características atribuídas de modo inerente ao clima tropical, eram prevalentes, porém foram gradativamente substituídas pela associação das pessoas do sertão à doença e à improdutividade (HOCHMAN, 1998).

No campo da higiene, que se constituía, os médicos sanitaristas brasileiros, oriundos das escolas europeias, exploraram os sertões do país e inauguraram uma nova percepção sobre a população rural e sobre as possibilidades de desenvolvimento social: o brasileiro dos sertões não era preguiçoso, mas doente (HOCHMAN, 1998). A doença nacional foi imputada, por esses intelectuais engajados no movimento sanitário, ao descuido do poder público, que não cuidava nem dava condições adequadas de vida para a população. O célebre discurso do médico Miguel Pereira na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, caracterizando o país como um 'vasto hospital', popularizou a expressão e responsabilizou o poder público pela ausente gestão sobre a saúde das pessoas que residiam nas zonas rurais. Ao mesmo tempo, convidava os habitantes das cidades a conhecerem os sertões e seus abandonados habitantes (LIMA; HOCHMAN, 1996).

Os médicos, porta vozes do conhecimento sanitário higienista, edificavam-se como uma inquestionável contribuição científica à época. A implementação prática de suas propostas no âmbito político e público foi bastante oportuna, e apoiou a estruturação nacional de um espírito nacionalista, numa visão que integrava indivíduo, condições sociais e ambiente de vida. Posteriormente, o movimento sanitarista seria disputado com os engenheiros, que se tornaram atores ativos em obras voltadas para o saneamento (GUNN, 2002).

Oswaldo Cruz, médico sanitarista, destaca-se como agente mobilizador que legitima, para a elite, a ideia de proximidade do problema das pessoas da zona rural e da zona urbana, bem como do abandono do poder público como fator causal para a pobreza e adoecimento da

população brasileira. Doentes, essas pessoas não estariam aptas para a nova modalidade do trabalho e nem para o recrutamento militar.

Na análise de Hochman (1998), a questão sanitária era um tema de valor social, facilmente perceptível pela população e fundamentado em conhecimento científico, o que legitimou o sanitarismo como a grande bandeira do movimento político da época. Para o autor, o movimento contribuiu para gerar o sentimento do nacionalismo, do pertencer ao país, de integração nacional. Dessa forma, aliando o poder material e simbólico desse conhecimento à inserção dos médicos no serviço público que se instituía, uma série de movimentos em prol da saúde da população foi instituído, com ações médicas para o combate das principais doenças da época, tais como: malária, febre espanhola, impaludismo e ancilostomíase (HOCHMAN, 1998).

Juntamente com o movimento médico higienista, que visava o combate às doenças, as questões físicas urbanas começam a ser analisadas pelo movimento dos engenheiros orientado para o saneamento, conformando o movimento sanitarista (GUNN, 2002). As ações higienistas iniciam com ações multidisciplinares de engenheiros e médicos, cabendo aos engenheiros obras relacionadas a abastecimento de água, seleção e tratamento de esgotos e lixo, além de drenagem e aterramento, e aos médicos, as orientações para o combate das doenças endêmicas, incluindo a vacinação e tratamento. A união desses profissionais favoreceu a criação do código brasileiro sanitário, no início do século XX, baseado no conhecimento científico. Essa temática influenciou as decisões políticas.

Entre 1910 e 1920, o movimento sanitarista ganhou maior visibilidade e introduziu o tema da saúde/doenças infecciosas nas agendas políticas, pois se perceberam as endemias rurais e as epidemias urbanas como um problema social e político, dada sua influência potencialmente limitadora sobre o crescimento nacional. Além dessas questões internas, nesse período de guerras na Europa, vários debates internacionais discutiam a definição de regras de controle sanitário em relação aos países exportadores de matérias-primas e que recebiam imigrantes. Essa preocupação internacional aumentou pela elevada mortalidade nos campos de batalha durante a primeira Guerra Mundial, em parte decorrente da falta de condições sanitárias e da pandemia da gripe espanhola, que inclusive afetou o Brasil (HOCHMAN, 1998).

Em 1919, a política de saúde foi institucionalizada, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) e seus serviços de profilaxia rural. Em termos políticos, tratava-se de centralizar as ações, atribuindo às instituições políticas e ao poder público federal a responsabilidade pela saúde da população, em contraposição ao sistema federalista,

que atribuía autonomia aos estados, mas não as condições técnicas e financeiras para implementar políticas de saneamento e saúde pública no território nacional (HOCHMAN, 1998).

É possível perceber, nessa trajetória, que ideias válidas para um grupo (no caso, os sanitaristas) são mais facilmente legitimadas e consideradas importantes se tiverem o reconhecimento político externo ao grupo. A verdade política somente se legitima e se efetiva se tiver amplitude de realização para grandes grupos. Uma vez que um grupo político tenha poder sobre um conteúdo, este pode ser utilizado para divulgar, comunicar, beneficiar e emponderar as pessoas. A combinação da ideia do risco de adoecimento com as condições de vida e a associação desse risco ao desenvolvimento econômico do país e seu ingresso no circuito econômico internacional possibilitaram uma mudança constitucional.

A Constituição de 1934 formalizou a responsabilidade do poder federal frente às questões de saúde da época: o artigo 138 versava sobre atos de amparo aos desvalidos, ao estímulo à educação eugênica, ao 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. Nessa mesma Carta Magna, em relação ao urbanismo na Era Vargas, foi estabelecido no artigo 113, item 17, o direito à propriedade, entretanto não podendo ser exercido contra o interesse social ou coletivo, na forma que a lei determinar. A desapropriação por necessidade ou utilidade pública far-se-á nos termos da lei, mediante prévia e justa indenização, dando função social à propriedade, O artigo 124 trata da "[...] cobrança da contribuição de melhoria sobre a valorização do imóvel urbano originada pelas obras públicas, autorizando o governo a ingerir-se no direito de propriedade submetendo-a ao interesse coletivo" (FRIDMAN, 2012, p. 215).

Apesar de, no início do século XX, engenheiros e médicos atuarem juntos, essa trajetória não teve continuidade em longo prazo. Era consenso na área médica que a redução das moléstias transmissíveis dependia da resolução das más condições das habitações, do acesso à água potável e rede esgotos, portanto havia necessidade de obras urbanas. Diante do contexto de desenvolvimento científico da época, enquanto os engenheiros passaram a se dedicar cada vez mais às obras de saneamento, os médicos voltaram sua atenção para a microbiologia e ações de vacinação. Essas linhas de atuação dos engenheiros e médicos distanciaram os trabalhos que eram realizados em conjunto, reduzindo a integração entre eles.

Os movimentos de saúde no Brasil não pararam; foram se modificando em resposta ao contexto histórico, social, econômico e cultural de cada momento. Na trajetória histórica descrita por Lima e Hochman (1996), tem-se que em 1897 foi criado o órgão federal da

Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), como parte da estrutura do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Na era do governo de Getúlio Vargas, em 1930, a saúde pública foi institucionalizada por meio da criação do Ministério da Educação e da Saúde Pública, e em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, desmembrado do Ministério da Educação, que passou, por sua vez, a incluir a Cultura. O Ministério da Saúde passou a se responsabilizar pelas atividades que eram do Departamento Nacional de Saúde.

Enquanto as ações e discussões sobre a saúde no Brasil estavam condicionadas ao combate às doenças, as discussões sobre o uso do território foram norteadas pela necessidade de ocupação territorial, inicialmente na faixa litorânea, para depois avançar 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. Entretanto, de acordo com Bazolli (2009), existem registros de normas sobre assuntos urbanos no período colonial, destacando-se as Ordenações Filipinas, vigentes no país até 1916, que tratavam da organização urbana e das autoridades locais sobre as questões urbanas. De forma lenta e gradativa, o país deu os primeiros passos para promover a ordenação urbana. Na sequência deste texto, os principais momentos desse processo.

O primeiro registro sobre a função social da propriedade no Brasil ocorreu no ano de 1808, e tinha como princípio o ‘poder de polícia’, cabendo ao Estado arbitrar sobre os interesses comuns. Em 1824, a Constituição do Império legisla com o intuito da desapropriação, com intervenção estatal, dando ao Estado a possibilidade de lançar mão de áreas de seu interesse com retenção de propriedade privada (BAZOLLI, 2009). Segundo Bazolli (2009), no final do século XIX a legislação urbanística brasileira possibilitou o registro de parcerias entre o poder público e a iniciativa privada, voltadas principalmente à necessidade de melhorias das cidades portuárias. Neste sentido, as empresas realizavam as obras e, em contrapartida, ganhavam a concessão para explorar os serviços na área portuária.

Outro momento importante da ordenação urbana no Brasil foi o estabelecimento de forma definitiva da função social da propriedade, com o artigo 113 da Constituição Republicana de 1934 (BAZOLLI, 2009). Com a Constituição Federal de 1967, foi instituído o planejamento urbano, cabendo aos municípios a organização do território urbano. Porém, apenas no final da década de 1970 foi criada a Lei do Loteamento, também conhecida como Uso e Ocupação do Solo, decorrente da constatação da excessiva informalidade fundiária. A partir dessa Lei, 35% da área total loteada passou a ser destinada ao interesse social (BAZOLLI, 2009), criando-se a cultura de projetos com o objetivo de integrar as populações das áreas socialmente excluídas. Entretanto, Bazolli (2009) ressalta que a lei não efetivou,

devido à permanência da cultura de restrições de atividades e uso do solo, prevalecendo o ‘poder de polícia’ e o favorecimento dos empreendimentos imobiliários em detrimento da regulação social da produção da cidade.

O Planejamento Urbano, no Brasil, passou a ser uma discussão multidisciplinar e ampla, com base legal estruturada, somente a partir da Constituição de 1988, tendo como referência os artigos 182 e 183. Com o artigo 182 é instituído o Plano Diretor como principal instrumento ordenador do espaço urbano, incluindo todo o território dos municípios, tanto da área urbana quanto da rural, cabendo ao poder público municipal garantir as funções sociais da cidade com a possibilidade de evitar as especulações imobiliárias. Com base no artigo 183 foi reforçado o princípio da função social da propriedade.

Com a Constituição de 1988, o Plano Diretor passou a ser obrigatório para os municípios com população superior a 20.000 habitantes, bem como para os municípios integrantes de regiões metropolitanas e aglomerações urbanas e para os municípios onde o Poder Público municipal pretenda utilizar os instrumentos previstos no § 4º do art. 182 da Constituição Federal. Passou a ser obrigatório para as áreas de especial interesse turístico, de influência de empreendimentos ou atividades com significativo impacto ambiental de âmbito regional ou nacional. Finalmente, também para aquelas incluídas no cadastro nacional de municípios com áreas suscetíveis à ocorrência de deslizamentos de grande impacto, inundações bruscas ou processos geológicos ou hidrológicos correlatos.

Os principais marcos do Plano Diretor ocorrem com o Estatuto da Cidade e o Estatuto da Metrópole. 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 (BRASIL, 2001). 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 principais medidas a favor da função social da propriedade, segundo Bazolli (2009) foram: a possibilidade de desapropriação do imóvel, se não utilizado ou subutilizado; usucapião de imóvel urbano; outorga onerosa do direito de construir; operações consorciadas entre o poder público e privada; transferência do direito de construir; impacto de vizinhança; preempção e direito de superfície.

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 Unidades sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento. Sobre essa abordagem, Segundo Bazolli (2009), atentando-se às questões

nacionais, destaca-se o crescimento urbano horizontal e a partilha de chácaras, sítios e fazendas próximas à cidade.

No ano de 2003 é criado o Ministério das Cidades tendo por objetivo a implantação de uma pasta no âmbito do Governo Federal para integrar o meio ambiente natural às questões urbanas, com o objetivo de tornar as cidades mais humanizadas. Seus principais objetivos estão relacionados à ampliação do acesso da população à moradia de forma integrada ao ambiente natural e à garantia da população ao direito de infraestrutura, tais como: saneamento, mobilidade, transporte coletivo, serviços urbanos e sociais em geral, contando com a participação popular por meio de conselhos (BAZOLLI, 2009).

Apesar dos avanços legais e das formalizações das políticas urbanas, Bazolli (2009) chama atenção para a permanência da cultura brasileira baseada no clientelismo. As terras continuam sendo objetos de troca de votos e ainda faltam programas integrados que favoreçam a permanência da população de forma digna em suas habitações. Villaça (1999, p. 245) alerta que o "Plano Diretor não é uma peça puramente científica e técnica, mas uma peça política, vinculada tão somente aos poderes e atribuições de um governo municipal" e lembra que, apesar de, na década de 1990, terem sido elaborados vários planos diretores em importantes cidades brasileiras, não houve participação popular efetiva. Entretanto, atuaram de modo efetivo, no campo político, o setor imobiliário, a construção civil, o comércio em geral e os grandes escritórios de engenharia e arquitetura (VILLAÇA, 1999).

Em 2015 foi instituído o Estatuto da Metrópole, conforme a Lei 13.089 (BRASIL, 2015), que estabelece diretrizes gerais para o planejamento, a gestão e a execução das funções públicas de interesse comum em regiões metropolitanas e em aglomerações urbanas instituídas pelos Estados, normas gerais sobre o plano de desenvolvimento urbano integrado e outros instrumentos de governança interfederativa, além de critérios para o apoio da União a ações que envolvam governança interfederativa no campo do desenvolvimento urbano (CLEMENTINO; ALMEIDA, 2015).

Ribeiro, Santos Júnior e Rodrigues (2015) fazem algumas críticas quanto aos limites do Estatuto da Metrópole, principalmente em relação à governabilidade das metrópoles brasileiras que lidam com a fragmentação política nos territórios, porque nesses maiores espaços urbanos está concentrada parte substancial da capacidade produtiva do país, prevalecendo as forças mercantis. Para esses autores, os legisladores desse estatuto não se preocuparam em tratar da complexidade e da diversidade da rede urbana brasileira, deixando muitas lacunas e imprecisões e, inclusive, não foram regulamentadas as bases para a contrução da governabilidade das metrópoles. Caberá ao governo federal brasileiro, por

intermédio do Ministério das Cidades e com a participação da sociedade civil, desenvolver uma política mais clara e objetiva, com critérios, diretrizes, objetivos, recursos e metas, com vistas a favorecer o desenvolvimento urbano (RIBEIRO; SANTOS JÚNIOR; RODRIGUES, 2015).

1.3 Cidade e saúde tornam-se direitos no Brasil

Importantes movimentos e ações foram realizados no decorrer dos anos, sendo que o marco do movimento de articulação entre a saúde e o uso do território deu-se somente com a Constituição de 1988. Naquele momento nacional, a academia e a sociedade civil organizada atuavam num processo para a construção democrática, e, ao mesmo tempo, observava-se a participação dos interesses privados e corporativistas. O sistema de saúde brasileiro foi estruturado e organizado a partir do artigo 6, e os 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. As diretrizes para a implementação do SUS incluem a regionalização e a hierarquização dos serviços, visando a sua organização em função da complexidade tecnológica e das necessidades das populações de acordo com a distribuição geográfica, promovendo dessa forma a descentralização do poder e das responsabilidades para as localidades (BRASIL, 1988).

A constituição brasileira deu autonomia aos municípios federativos, o que favoreceu a descentralização das políticas públicas, sendo a saúde o setor que mais rapidamente estruturou uma rede nacional. Com isso, à orientação em nível nacional somavam-se várias outras propostas locais, visando criar condições de viabilização plena do direito à saúde. Os principais marcos na saúde foram oriundos das Leis Orgânicas da Saúde (Nº. 8.080/90 e 8.142/90) (BRASIL, 1990), do Decreto Nº.99.438/90 e das Normas Operacionais Básicas (NOB).

A prestação dos serviços na área da saúde é marcada pela histórica presença de hospitais filantrópicos com destaque para as Santas Casas, bem como, de hospitais privados com fins lucrativos e públicos, e alguns hospitais públicos contam com a gestão de organizações privadas. Prevalecem no país as ações curativas, mas com forte crescimento de programas de promoção de saúde.

A Lei Nº 8.080/90 regulamentou o SUS, agregando os serviços estatais - das esferas federal, estadual e municipal - e os serviços privados, que podem participar do sistema de

maneira complementar (com prioridade para os privados sem finalidade lucrativa) ou suplementar (BRASIL, 1990). O sistema nasce, assim, com uma tensão de origem: universal na letra de lei, é na verdade dual, com operação de um sistema público, universal, e outro privado, que alcança, em média, 30% da população. Para alguns autores, a articulação do mix público/privado é um dos principais desafios para o alcance das diretrizes constitucionais que regem o SUS (GERSCHMAN, 2009). O Estado continua sendo o maior comprador de serviços no Brasil, entretanto a saúde suplementar tem presença importante na oferta dos serviços, tendo sido regulamentada pela Lei 9656/98 (BRASIL, 1998). Em 2000, por meio da Lei 9.961, o governo federal criou a Agência Nacional de Saúde, órgão responsável pela regulação, normatização, controle e fiscalização de atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

O Decreto Nº 99.438/90 dispôs sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde (CNS), cabendo-lhe as deliberações do SUS de caráter permanente e deliberativo, tendo como missão a deliberação, fiscalização, acompanhamento e monitoramento das políticas públicas de saúde, a aprovação e acompanhamento do orçamento e a aprovação, a cada quatro anos, do Plano Nacional de Saúde. A partir desse decreto cria-se um espaço institucional de participação social na formulação e decisões referentes à saúde coletiva no Brasil.

Dessa forma, o poder público municipal passou a ter plena responsabilidade pela gestão dos serviços de saúde em seu território e pela própria organização do Sistema, entretanto com co-responsabilidade estadual e federal. A partir de 1988, inicia-se a construção de um sistema descentralizado e regionalizado, em que caberia a cada município atender às necessidades e demandas da população, contando com a participação da comunidade e dos próprios indivíduos para a promoção, proteção e recuperação da saúde. As informações geradas, tanto nos atendimentos no Sistema Único de Saúde quanto na saúde suplementar são armazenadas e disponibilizadas para os gestores e o público em geral, por meio da base de dados do DATASUS e do programa TabNet, acessíveis pelos *sites* das respectivas instituições.

O conceito que fundamenta o sistema é o conceito de saúde ampliada, em que a saúde é o produto de interação de quatro campos: a genética, 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).

Em 1995, em Fortaleza, ao término do encontro entre secretários municipais de Saúde participantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), foi elaborada uma carta de intenções, conhecida como Carta de Fortaleza. Seu objetivo era: estimular 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. Visava-se, também, gerar melhor qualidade de vida, mudando a ênfase da doença para a qualidade de vida, em que principal ator passa a ser o cidadão em seu ecossistema, cabendo aos municípios buscar experiências integradoras, participativas e criativas para a construção da Cidade/Município Saudável (WESTPHAL, 2000).

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 (http://www.redemunicipiosps.org.br/wordpress/), apoiada pela Universidade Estadual de Campinas, que possui diversas parcerias, incluindo a OPAS/OMS e o Ministério da Saúde, e que conta com a participação de 61 cidades representando os estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Minas Gerais e Amazonas; a Rede de Comunidades Saudáveis no Rio de Janeiro (http://cedaps.org.br/rede-de-comunidades-saudaveis/), coordenada por uma organização não governamental, que atua em 9 estados, e a Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis (http://nusprpms.blogspot.com.br/), parceria entre a Universidade Federal e o Governo do Estado, que conta com a participação de 23 cidades do Estado de Pernambuco; a Rede de Ambientes Saudáveis de Curitiba (https://ambientesaudavel.wordpress.com/2009/09/23/rede-de-ambientes-saudaveis-2009/), que realiza atividades no próprio município, tendo como destaques a intersetorialidade e as parcerias com instituições de pesquisa; e, a Rede Brasileira de Habitação Saudável – Fiocruz e Rede Amazônica de Habitação Saudável, que realiza atividades com o objetivo de promover habitações saudáveis em âmbito nacional e internacional. Essas iniciativas, como se percebe das parcerias que permitiram sua implantação, originaram-se de motivações distintas e foram implementadas por diferentes abordagens, sendo central o papel 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 ou político da saúde, não desencadearam ou se constituíram um movimento nacional mais abrangente. Entre os atores que mobilizam essas redes estão membros da academia, com produção nacional e internacional na área (MENDES; AKERMAN, 2004; SPERANDIO et al., 2004; WESTPHAL, 2000), ligados à

Organização Mundial de Saúde (MENDES; AKERMAN, 2004; SPERANDIO et al, 2004), e gestores públicos envolvidos com a implantação do SUS no nível local (ANDRADE, s/d).

A proposição das Cidades Saudáveis, em âmbito mundial, foi inserida na política de promoção da saúde da OMS, tendo como referência a Carta de Ottawa (WORLD..., 1986), a Agenda 21 Local e o conceito de Determinantes Sociais de Saúde. A política de promoção da saúde "[...] se fundamenta na visão da saúde como qualidade de vida contando para sua operacionalização a participação popular, a democratização, o compromisso político com a equidade, a intersetorialidade e a busca por uma nova forma de gestão local" (SETTI; GALLO, 2009). A proposta das Cidades Saudáveis da OMS visa sugerir aos decisores políticos que percebam a saúde a partir de uma visão holística e a tomem como norteadora das políticas públicas, como um eixo integrador das diferentes áreas do governo. Na Europa, esse programa é desenvolvido em mais de 1.200 cidades em 30 países, organizado por meio de redes nacionais em cada um dos países participantes (WESTPHAL; OLIVEIRA, 2015).

Paralelamente aos acontecimentos internacionais e às iniciativas nacionais relativas à adoção dos princípios da promoção da saúde e, mais especificamente, ao movimento das cidades saudáveis, as cidades brasileiras mantinham seu ritmo de crescimento desigual, mesclando áreas de inclusão a áreas de extrema vulnerabilidade social e ambiental. Produções recentes demonstram, no Brasil, um alinhamento de propostas fragmentadas, no nível legislativo central e uma miríade de ações locais, no geral, que afetam o planejamento das cidades e que não apresentam integração entre as diferentes áreas e atores, conforme percebido no próprio movimento de Cidades Saudáveis no Brasil (FREIRE *et al.*, 2016). Essa multiplicidade de iniciativas relaciona-se tanto à heterogeneidade física, social e econômica do país, quanto à autonomia conferida aos municípios pela Constituição de 1988.

Acredita-se que a identificação e o melhor entendimento dos principais conceitos estruturantes para o planejamento e monitoramento das cidades, a partir de uma política pública orientada para a promoção da saúde, pode propiciar às populações melhor qualidade de vida e bem-estar, de forma que os agentes públicos e privados percebam que o alcance do bem-estar vai além da oferta de serviços e equipamentos de saúde, pois demanda integração mutidisciplinar e multisetorial. Como afirma Sachs (2008, p. 90), "[...] longe de ser um sonho a ser adiado, a construção de estados de bem-estar nos países pobres é uma possibilidade efetiva".

Também é possível perceber que os movimentos da regulamentação do sistema de saúde no Brasil, especificamente os relacionados à promoção da saúde, bem como as regulamentações da política urbana quanto ao uso e a distribuição do território, inserem-se no

que LEFEBVRE (1969, p. 108) denomina “pseudo-direito, o direito à cidade”. Em outras palavras, o “direito à vida urbana transformada, renovada”, de forma a atender às necessidades sociais atuais, respeitando o novo contexto sem que isso seja entendido como uma perspectiva saudosista de retorno à cidade de tempos passados. Ao contrário, que se possam ofertar, no urbano, as condições essenciais para uma boa qualidade de vida e bem-estar da população, permitindo-lhe vivenciar suas potencialidades.

1.4 O Sistema de Saúde e o movimento dos Municípios Saudáveis em Portugal

Como parte desta pesquisa teve como objeto a Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis, torna-se importante conhecer o desenvolvimento do sistema de saúde naquele país e como foi instituído e funciona em terras lusitanas. Da mesma forma que no Brasil, Portugal lidou com as questões da saúde que emergiram sob influências de acontecimentos políticos, econômicos, sociais de cada período histórico.

Em 1979, foi criado em Portugal o Serviço Nacional de Saúde (SNS), sob a tutela do Ministério da Saúde, mudando a configuração das responsabilidades do sistema de saúde daquele país (SANTANA, 2014). Durante os séculos XIX e XX, até a criação desse sistema, a assistência médica competia às famílias, às instituições privadas e aos serviços médico-sociais. Ao Estado cabia apenas a assistência aos pobres e, posteriormente, cuidados específicos com problemas de saúde, tais como a tuberculose e a saúde materna.

A constituição do SNS foi efetivada como decorrência do cumprimento do artigo 64 da nova Constituição de 1976, que dita que os cidadão têm direito à proteção à saúde e o dever de a defender e promover, cabendo prioritariamente ao Estado garantir o acesso dos cidadãos aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação, bem como prover cobertura médica e hospitalar a todo o país. Os princípios que norteiam o sistema de saúde de Portugal são: universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde (BRASIL, 2018).

Com o SNS, foi implantada uma rede de instituições e serviços prestadores de cuidados globais de saúde para toda a população, financiada por impostos, e o Estado passa a salvaguardar o direito à proteção da saúde (BRASIL, 2018). Dessa forma, entende-se que compete ao Estado a responsabilidade da proteção da saúde individual e coletiva, compreendendo a promoção e vigilância da saúde, a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento, com o cuidado estendido à reabilitação.

O SNS está organizado em regiões de saúde (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve), e cada uma delas se subdivide em sub-regiões, que correspondem aos

municípios (BRASIL, 2018). Em cada região de saúde existe uma administração regional que tem como função planejar, distribuir recursos, orientar e coordenar atividades das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde. Constituem-se como órgãos dessa administração os conselhos de administração, os coordenadores sub-regionais, os conselhos regionais de saúde e as comissões de saúde.

O planejamento da constituição, a organização e a manutenção das unidades de saúde são definidas por despachos do Ministério da Saúde, conforme proposto pelos conselhos das administrações regionais. Os planos e programas de ação com âmbito nacional ou regional também são aprovados por despacho do Ministro da Saúde, e os planos e programas das instituições e dos serviços são aprovados nos respectivos regulamentos.

A gestão das instituições e dos serviços recebem coparticipação orçamentária do Estado a partir das definições dos planos financeiros que abrangem os períodos anuais ou plurianuais, conforme os programas sugeridos pelas administrações regionais. As instituições e serviços podem estabelecer contratos com outras entidades, tais como empresas e organizações profissionais, para prestação de cuidados aos seus associados e segurados, ampliando a oferta de serviços hospitalares geridos pelas Misericórdias (BRASIL, 2018).

A política de recursos humanos do SNS é definida pelo Ministério da Saúde, sendo executada pelas administrações regionais. Essa política estabelece a carreira dos profissionais da área de enfermagem, médica de saúde pública e hospitalar, dos farmacêuticos, dos administradores hospitalares, dos técnicos superiores de laboratório, dos técnicos terapeutas, dos técnicos de serviço social e técnicos de auxiliares sanitários (BRASIL, 2018).

Os atendimentos da saúde à população são gratuitos, considerando as condições econômicas e sociais, caso contrário são cobradas taxas de moderação dos serviços. As pessoas que se encontram em situações clínicas ou pertencem a grupos sociais de risco ou que são financeiramente mais desfavorecidas são isentas das taxas de moderação, conforme critérios estabelecidos em portaria emitida pelo Ministério da Saúde. Caso o indivíduo deseje ter acesso a outros serviços, poderá optar por adquirir seguros de saúde como complemento para a sua assistência médica. Sendo necessário, as instituições dos serviços de saúde podem ser geridas por meio de contratos de gestão, precedidos por concurso público. Os cidadãos são identificados por meio do cartão do Serviço Nacional de Saúde (BRASIL, 2018).

Diante do exposto, percebe-se que o sistema de saúde de Portugal é centralizado no Ministério da Saúde, apoiado pelas administrações regionais, sem participação direta das gestões municipais. Cabe ao governo central definir as políticas e diretrizes e controlar a gestão dos serviços de saúde. As gestões municipais têm uma interface com o sistema de

saúde por meio de instituições sociais que prestam serviços gerais na promoção da saúde: prevenção e tratamento de doenças, em especial aos idosos, deficientes e pessoas em situação de dependência, apoio à maternidade e prestação de cuidados e reabilitação de doenças ocupacionais (SANTANA, 2014).

Comparando os sistemas de saúde do Brasil com o de Portugal, constatam-se algumas semelhanças e diferenças, conforme Quadro 1.

Quadro 1 - Semelhanças e diferenças entre os sistemas de saúde do Brasil e Portugal

Sistema de Saúde do Brasil	Sistema de Saúde de Portugal
Estruturado em 1990, como decorrência da carta magna de 1988, que instituiu o SUS	Serviço Nacional de Saúde (SNS) criado com a Constituição de 1976
Regido pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade.	Regido pelos princípios da universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde.
Significativa participação de instituições e hospitais privados com e sem fins lucrativos.	Significativa participação das Santas Casas de Misericórdia.
Descentralizado. Direcionamento do governo federal e autonomia de gestão e financeira de estados e municípios.	Centralizado. O direcionamento do governo federal, pouca autonomia municipal, apesar de haver administrações regionais e locais.
O Estado é o maior comprador de serviços, participação da saúde suplementar nas regiões de maior dinamismo econômico.	O Estado é o maior comprador de serviços, participação progressiva do financiamento de serviços por meio de seguradoras.
Abrange todos os cidadãos brasileiros.	Abrange todos os cidadãos portugueses.
Alguns serviços hospitalares públicos são geridos por organizações privadas.	Alguns serviços hospitalares públicos são geridos por organizações privadas.
Prevalecem as ações curativas, direcionamento do Ministério da Saúde para programas de promoção de saúde.	Prevalecem as ações curativas.
Informações e indicadores disponíveis à população na base de dados do DATASUS e da ANS, e informações atualizadas e mais detalhadas aos gestores públicos.	Escassez de informações e indicadores de saúde. Difícil acesso por parte da população e dos gestores públicos.

Fonte: Paim *et al.* (2011) para as informações sobre o Brasil e Santana (2014) para as informações sobre Portugal.

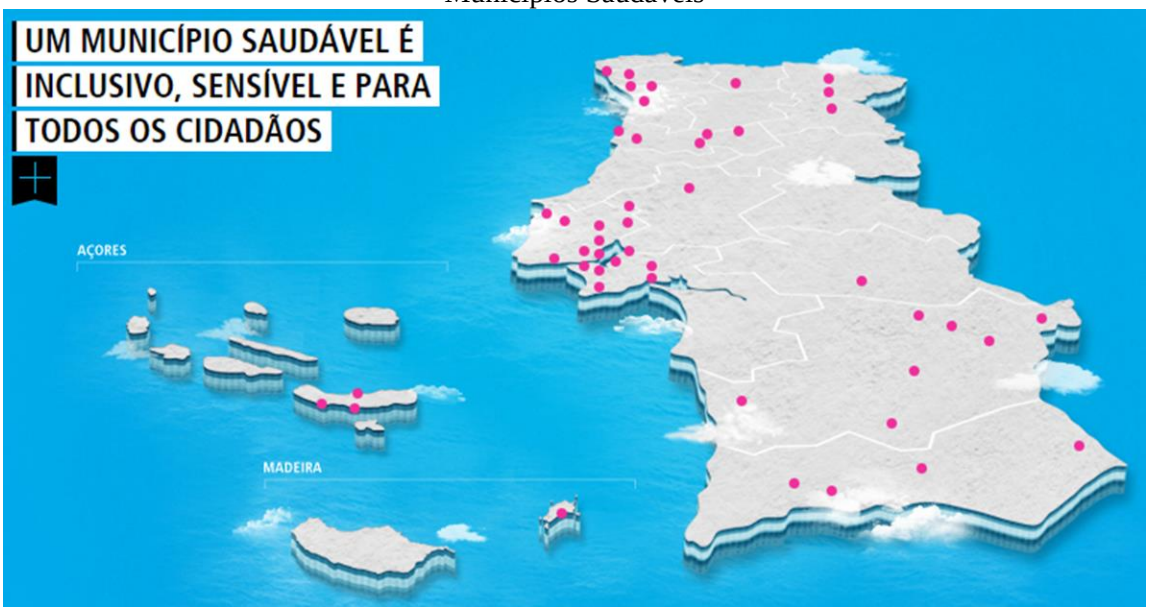
Apesar dos avanços, tanto do sistema nacional de saúde do Brasil, quanto do de Portugal, ambos apresentam estrangulamentos decorrentes de diversos fatores, entre eles: os limites econômicos dos referidos países; o atendimento da demanda populacional como previsto em um sistema universal;a divisão dos médicos entre os serviços privados e públicos; o elevado tempo de espera para as cirurgias; a má distribuição geográfica dos serviços, que combina excesso de oferta em algumas regiões e carência em outras. Observa-se em ambos os casos, de maneira mais acentuada no Brasil, a tensão entre um sistema público e universal constitucionalmente instituído e a crescente participação do setor privado na oferta e gestão de serviços.

Como parte dos movimentos em prol da saúde, em 1997 foi instituída a Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis, 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. Os municípios participantes da Rede têm como missão instituir a promoção da saúde como diretriz prioritária nas agendas dos decisores políticos. Conforme divulgado nas mídias da Rede, a associação desenvolve a sua intervenção tendo por base as seguintes linhas orientadoras:

- Apoiar e promover a definição de estratégias locais suscetíveis de favorecer a obtenção de ganhos em saúde;
- Promover e intensificar a cooperação e a comunicação entre os municípios que integram a Rede e entre as restantes redes nacionais participantes no projeto Cidades Saudáveis da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Até agosto de 2017, essa Rede possuía 45 (quarenta e cinco) municípios como membros associados: Alfândega da Fé, Almada, Almodôvar, Alvito, Amadora, Azambuja, Barrancos, Barreiro, Beja, Bragança, Castro Marim, Figueira da Foz, Golegã, Gondomar, Lagoa (Açores), Lagoa (Algarve), Lisboa, Loulé, Loures, Lourinhã, Lousã, Matosinhos, Miranda do Corvo, Montijo, Odemira, Odivelas, Oeiras, Palmela, Ponta Delgada, Portimão, Porto Santo, Ribeira Grande, Seixal, Serpa, Sesimbra, Setúbal, Soure, Tábua, Torres Vedras, Valongo, Viana do Alentejo, Viana do Castelo, Vidigueira, Vila Franca de Xira e Vila Real. (Figura 1)

Figura 1 - Mapa de Portugal com a indicação dos municípios pertencentes à Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis



Fonte: Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis, 2018.

A adesão dos municípios é voluntária. Aceita a participação, cada município contribui para a manutenção da Rede, com o pagamento de uma contribuição que é calculada sobre a arrecadação oriunda do governo central para o município. Cabe também a cada município desenvolver e executar o seu Plano de Atividades, aprovado previamente pelo Conselho da Associação da Rede Portuguesa.

A estrutura hierárquica de funcionamento da Associação conta com uma Assembleia Intermunicipal (deliberativa), à qual se subordina um Conselho de Administração (executivo) e o Grupo Técnico. Cada município que adere necessita ter um representante Técnico e um Político Vereador, o qual corresponde, no Brasil, ao cargo de Secretário de Saúde dos municípios. O funcionamento da Associação está definido no Estatuto e no Regulamento. Anualmente, os técnicos reúnem-se para elaborar o plano de atividades anual e, mensalmente, para acompanhar o desenvolvimento das atividades planejadas.

O planejamento das atividades da Rede é alinhado às diretrizes da OMS, conforme cada fase do Programa de Cidades Saudáveis, porém cada município promove as adequações necessárias a sua realidade e necessidades, não existindo uma ação única e padronizada para todas as realidades.

A Rede possui parceria formal com o Instituto de Geografia e Ordenamento do Território (IGOT) da Universidade de Lisboa e com a Escola Nacional de Saúde Pública, para realização de pesquisas e elaboração de diagnósticos que subsidiam os planejamentos das atividades da Rede e dos municípios. A Escola Nacional de Saúde Pública também ministra

cursos para os técnicos da Rede, visando aumentar seu conhecimento sobre a saúde, enquanto conceito holístico a ser incluído nas políticas públicas. Essa parceria da Rede Portuguesa com universidades constitui um apoio técnico-científico importante para esse movimento no país, pois por meio dela é possível a promoção de ações e reflexões críticas, tendo como referência análises acadêmicas sobre o processo do trabalho da Rede. Além disso, contribui para a disseminação de conhecimentos e trocas de experiências, indo, portanto, além do campo técnico-político.

Na Europa existem duas Redes que atuam com o Programa de Cidades Saudáveis (OMS): a Rede das Cidades Saudáveis Européia, que integram as Redes Nacionais, e a Rede Europeia de Cidades Saudáveis, que articulam as cidades europeias. A Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis é membro do programa das Redes das Cidades Saudáveis Europeia, além de contar com três municípios – Seixal, Montijo e Viana do Castelo – que fazem parte da Rede Europeia de Cidades Saudáveis. Por todas as características apresentadas, a Rede Portuguesa foi considerada uma opção para o estudo de caso desta pesquisa.

.

2 CIDADES, SAÚDE, CIDADES SAUDÁVEIS.

Neste capítulo são comentados os principais momentos dos movimentos da saúde com a preocupação da coletividade, tomando a forma da saúde coletiva e preocupação com a promoção da saúde, a partir do entendimento da saúde como integradora dos vários campos que podem favorecer melhores ambientes urbanos. É mencionada a trajetória do Programa Cidades Saudáveis (OMS), assim como os princípios, objetivos e as etapas de implementação desse Programa pela OMS. Por fim, é realizada uma análise crítica das titulações e qualificações das cidades e das relações entre as cidades saudáveis e sustentáveis.

2.1 O contexto da saúde e sua relação com a cidade: da saúde das pessoas e coletividades à cidade saudável

Para entendimento dos conceitos que definem uma cidade saudável, é necessário definir o que é saúde. Para o senso comum, a saúde da população é percebida como resultado das ações dos órgãos e políticas do governo exclusivos do próprio campo que lhe diz respeito, ou seja, como resultante das políticas públicas de saúde relacionadas aos estabelecimentos de prestação de serviços de saúde, muito confundido com o cuidar de doenças.

Como apresentado previamente nesta dissertação, a saúde é decorrente de uma complexidade de fatores multi e interdisciplinares, e será alcançada somente por meio de ações intersetoriais. Saúde é mais do que o tratamento de doenças, como se apreende no senso comum. Para Gadelha *et al.* (2006), a relevância do termo está, entre outros aspectos, expressa em sua relação direta com os aspectos socioeconômicos dos ambientes "desenvolvidos", ou seja, ambientes socioeconômicos mais desenvolvidos favorecem a saúde das pessoas e populações, quanto a qualidade de vida e bem-estar. Essa percepção é reforçada por Amartya Sen (2010), que ressalta que a saúde integra os conceitos de desenvolvimento, sendo um dos determinantes para a qualidade de vida e do bem-estar da população. Essa abordagem fundamenta os indicadores do Índice do Desenvolvimento Humano, que inclui a saúde como um dos componentes do desenvolvimento, além da renda e da educação.

A Carta de Ottawa (WOLRD..., 1986), elaborada na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada no Canadá, em 1986, declara ser a saúde produto social resultante do acesso das pessoas a paz, educação, moradia, alimentação, a um ecossistema estável e a um ambiente de recursos sustentáveis, equânime e socialmente justo. De acordo

com aquele documento, a saúde é resultado de um processo de produção social que envolve quatro campos: os processos biológicos, ecológicos, culturais e econômico-sociais. A partir desse conceito é possível perceber a complexidade do termo saúde, não sendo um fim em si mesmo, mas o resultado de variáveis interdependentes oriundas de uma teia de muitos segmentos. Segundo a Carta de Ottawa (WORLD..., 1986), esses elementos configuram-se como pré-requisitos da saúde e, consequentemente, da qualidade de vida e bem-estar. Na linha da promoção da saúde, ela é considerada um estado adequado de bem-estar físico, mental e social que permite às pessoas identificar e realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades (SANTANA, 2007).

A Carta de Ottawa (WORLD..., 1986) declara que a saúde não é decorrente apenas de um setor, de um segmento; não é resultante da atuação exclusiva governamental, pois deve ser fruto da articulação coordenada de vários atores, incluindo as organizações não governamentais, as empresas, as autoridades, os diversos profissionais, as pessoas em geral e suas famílias. Nessa perspectiva, deve ser tema das agendas dos decisores políticos, a partir de ações de promoção da saúde. Essa promoção, por sua vez, é definida como um conjunto de ações que possam construir um ambiente favorável para que as pessoas desenvolvam ao máximo as suas potencialidades. Para isso, elas necessitam ter o controle dos fatores que determinam sua vida (GADELHA *et al.*, 2006).

Neste sentido, a promoção à saúde é um processo composto por ações relacionadas ao bem-estar comunitário, tais como: legislação, medidas fiscais, mudanças organizacionais, acesso e característica do trabalho e lazer, meio ambiente adequado, modelo de urbanização, uso de tecnologias dos diferentes tipos de energia. Para que esses elementos sejam articulados em prol da saúde é necessária a participação da sociedade, bem como o empoderamento da comunidade pela educação e disponibilidade de informações, imprescindíveis para que as pessoas possam ter controle dos fatores que as afetam ao longo de toda as fases de suas vidas (OMS, 1995).

Para implementar um processo de promoção de saúde, segundo a Carta de Ottawa (WORLD..., 1986), há necessidade de: promoção de políticas públicas saudáveis; desenvolvimento de ambientes saudáveis e que combatam a poluição, produtos nocivos, esgotamentos de recursos naturais, má nutrição, moradias insalubres; e, reconhecer as pessoas e as comunidades como os principais agentes desse processo e reconhecer a saúde como um investimento social.

Tendo como referência a Carta de Ottawa (WORLD..., 1986), a Declaração de Sundsvall, de 1992, reforçou a necessidade de criação de ambientes favoráveis com foco em

configurações de saúde. Em 1997, a Declaração de Jacarta enfatizou configurações que implementassem estratégias globais para a promoção da saúde. A partir desses movimentos, várias configurações vêm utilizando essas diretrizes para melhoria da saúde da população em todo o mundo, constituindo o Programa Cidades Saudáveis. Esse programa, segundo a OMS (1995), visa promover ações que favoreçam o bem-estar da população, operacionalizando os fundamentos da promoção da saúde nos âmbitos locais.

A OMS reconhece que os movimentos das Cidades Saudáveis agregam diferentes iniciativas e características em todo o mundo (Europa, América, África, Oriente, Sudeste da Ásia e Oceania), podendo ser identificado em diferentes configurações e mesmo em escalas intraurbanas. Cada uma dessas regiões do mundo ou ambientes que se definem como “saudáveis" possui características específicas que atendem às demandas locais. Não há um modelo único a ser seguido para a obtenção do rótulo “saudável", embora o objetivo maior a ser atingido seja o mesmo, aprimorar a qualidade de vida e bem-estar das pessoas. O movimento foi impulsionado pela formação das Redes Nacionais de Cidades Saudáveis, que se estruturam em cada país de acordo com suas necessidades e realidades, porém norteadas pelos princípios e diretrizes do programa (OMS, 1995).

A OMS define as Cidades Saudáveis como um programa de iniciativa internacional de desenvolvimento de longo prazo que visa colocar a saúde em evidência 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 os participantes (OMS, 1995)..

Barton e Grant (2013) complementam o conceito de cidade saudável: aquela que proporciona condições para que as pessoas vivam no presente e no futuro com melhor qualidade de vida e atinjam bem-estar físico, mental e social sem distinção de raça, religião, convicção política, condição econômica ou social. Segundo esses autores, para que uma cidade atinja tais objetivos, o planejamento urbano deve possibilitar a implementação dessas ações.

O Planejamento Urbano para as Cidades Saudáveis, segundo Barton e Grant (2013), deve ter como norteadores: a promoção de estilos de vida saudáveis; a coesão social e conformação de redes sociais de apoio; o acesso à habitação de boa qualidade; o acesso a oportunidades de emprego; a acessibilidade às instalações de boa qualidade nas áreas de educação, cultura, lazer, comércio e serviços de saúde; a produção local de alimentos, orientados para produtos saudáveis; a segurança; a equidade; o desenvolvimento do capital social; ambientes atraentes; boa qualidade do ar e da água;

e, saneamento saudável; conservação e qualidade da natureza e redução das emissões que ameaçam a estabilidade climática. O planejamento urbano para as Cidades Saudáveis ocorre no âmbito de cada território e município, com a participação representativa da população.

De acordo com o Relatório "La Experiencia de OPS/OMS en America Latina con los Municipios Saludables", da OPAS (1995), um município saudável é aquele em que as autoridades políticas e civis, as instituições e organizações públicas e privadas, os proprietários, empresários, trabalhadores e a sociedade dedicam constantes esforços para melhorar as condições de vida, trabalho e cultura da população, estabelecem uma relação harmoniosa com o meio ambiente físico e natural e expandem os recursos comunitários para melhorar a convivência, desenvolver a solidariedade, a co-gestão social e a democracia.

É possível perceber, pelas descrições anteriormente realizadas, a inter-relação entre os conceitos de saúde, promoção de saúde, movimento das Cidades Saudáveis e cidade saudável. Um conceito incorpora o outro, levando a um melhor entendimento e à possibilidade de implementação dessa proposta. A saúde deve ser objetivada como um processo holístico, entendida como bem-estar e qualidade de vida das pessoas que habitam as cidades. Para tal objetivo ser atingido é necessário entender que promover a saúde se dá por meio de um processo contínuo, o qual ocorre por meio de movimentos das e nas cidades a partir do estímulo de diferentes ações e com a participação dos diversos atores sociais, podendo estar representados e estruturados a partir de Redes Nacionais que tenham como motivação as políticas públicas integradas em prol da saúde em todas as ações desenvolvidas, visando favorecer as potencialidades das pessoas.

O entendimento sobre as Cidades Saudáveis vem-se modificando e sendo aprimorado, o que faz com que esse movimento ganhe cada vez mais espaço nas políticas públicas, tendo na Europa o seu melhor alcance e desempenho, conforme a OMS.

No continente europeu, esse programa encontra-se na fase VI. Cada fase foi concluída por um processo de avaliação que orientou a ênfase do período seguinte. O atual ciclo tem como foco o aprimoramento da liderança e dos mecanismos de governança para redução das desigualdades e alcance da saúde para todos. No Quadro 2, são apresentadas as fases anteriores do programa, com respectivos objetivos e inovações incorporados (WORLD..., 2015).

Quadro 2 - Fases do Programa Cidades Saudáveis da Organização Mundial de Saúde na Europa

FASES	ACONTECIMENTOS
Fases I e II (1988-1997)	Implantação das diretrizes do programa.
Fase II (1993-1997)	As cidades avançaram na abordagem das Cidades Saudáveis, desenvolvendo políticas de saúde e elaborando planos de saúde abrangentes, centrados na equidade e no desenvolvimento.
Fase III (1998-2002):	Transição do foco em promoção da saúde para a saúde da cidade, integrando os planos de desenvolvimento por meio de políticas de parceria, com ênfase nos determinantes sociais da saúde, na Agenda Local 21, no desenvolvimento da comunidade e regeneração das iniciativas locais. Desenvolvimento de sistemáticas de monitoramento e avaliação de ações.
Fase IV (2003-2008)	Compromisso global para o desenvolvimento da saúde enfatizou o capital próprio, abordando os determinantes da saúde, desenvolvimento sustentável e participativo e a governança democrática. Receberam ênfase ações em prol do envelhecimento saudável, do planejamento urbano saudável, da avaliação de impacto da saúde e estímulo às atividades físicas e à vida ativa da população.
Fase V (2009-2013)	Priorização da saúde e da igualdade de acesso em todas as políticas, reforçando o reconhecimento de que a saúde da população é, em grande parte, determinada pelas políticas e ações fora do setor da saúde. O planejamento do desenvolvimento de saúde da cidade focava três temáticas: ambientes de cuidados e de apoio, vida saudável e *design* urbano saudável.

Fonte: Adaptado pela autora (WORLD..., 2015).

Por meio do Quadro 2 é possível perceber a recorrência, mesmo nos países mais desenvolvidos, como os da Europa Ocidental, do reforço que a saúde de uma população e de uma cidade é resultado do envolvimento de diversos setores do Estado e da sociedade e que o desempenho das lideranças e ações efetivas e integradas de governança participativa e democrática são a base de sustentação e promoção do planejamento, implantação e articulação das ações políticas para que o programa seja implementado.

A implantação desse programa em países de menor desenvolvimento econômico e com elevada desigualdade social e fragilidade institucional pode soar utópica. A operacionalização de seus princípios e objetivos lida com a complexidade que caracteriza as cidades contemporâneas, e que envolve diferentes e conflitantes interesses, conforme apresentado adiante, neste trabalho.

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde, instituída em 2010, dedica um capítulo ao desenvolvimento sustentável, explicitando a necessidade de incorporar as ações de saúde ao Planos Diretores das cidades, e a integração das políticas e práticas, em especial no que se refere à saúde, ambiente e desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2010).

Para que sejam implementados os conceitos e objetivos propostos pelo programa de Cidades Saudáveis da Organização Mundial de Saúde (OMS), é necessário que o planejamento urbano seja orientado para a qualidade de vida e bem-estar da população, que seja percebido e realizado de forma que favoreça a multidisciplinaridade, contando com o conhecimento de todos os segmentos e áreas sociais, a fim de promover fatores que estimulem a adoção de estilos de vida saudáveis (SIMÕES, 2007).

O planejamento urbano para Cidades Saudáveis é um processo, e não um fim. Para Simões (2007) "[...] o conceito de cidade saudável é um movimento em que cada projeto autônomo se interliga aos demais... criando um processo em constante desenvolvimento, devendo sempre ser melhorado", incorporando as inovações sociais e tecnológicas de forma crítica e reflexiva. Dessa forma, esse programa pode ser percebido como um eixo integrador das políticas públicas.

O Programa Cidades Saudáveis da OMS também é resultante das discussões dos determinantes sociais de saúde, que segundo Buss e Pellegrini (2007) constituem-se com fatores que influenciam diretamente o bem-estar da população e a justiça social, orientados para o alcance de uma boa qualidade de vida coletiva, que no Brasil tem como representação a Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS).

A CNDSS teve como objetivo atuar de forma alinhada com a Comissão dos Determinantes Sociais da OMS, que visa estudar as ciências da saúde como ciência social. Análises realizadas pela CNDSS dirigem-se à relação entre "[...] as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população" e à situação de saúde desses mesmos grupos (BUSS; PELLEGRINI, 2007, p. 78.). A CNDSS considera que "[...] os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais influenciam os problemas de saúde e seus fatores de risco na população" (*Idem*). Ou seja, a saúde é entendida numa relação de interface direta com os fatores sociais.

Para entender o percurso até a chegada das definições dos Determinantes Sociais de Saúde é necessário relembrar o percurso dos paradigmas da saúde nas políticas públicas. Até meados do século XIX, como exposto, no Brasil e internacionalmente prevaleciam as teorias higienista e sanitarista, que relacionavam a saúde da população e os processos de urbanização

e industrialização, conforme o momento histórico e econômico. Intervir sobre a saúde pública, na concepção higienista, significava evitar a contaminação da água e dos alimentos e reduzir os riscos ocupacionais, numa intervenção pública a favor da saúde da população.

No final do século XIX, mundialmente, a saúde passou a ser orientada por um novo paradigma: uma visão fundada na bacteriologia, concebida pelas descobertas de Koch e Pasteur. Explicava-se o processo saúde-doença pelas pesquisas em laboratório, prevalecendo um conceito de saúde simplista e reducionista, que descartava o contexto sociopolítico de vida. Essa concepção foi difundida pela Universidade Johns Hopkins, com a criação da primeira escola de saúde pública nos Estados Unidos, posteriormente difundida nacional e internacionalmente (FILKEMAN, 2002). Essa corrente de pensamento e de ações foi fortemente reforçada até meados do século XX, em função do advento das vacinas para o combate de algumas epidemias e do desenvolvimento da tecnologia médica.

Esta visão reducionista da saúde com enfoque biológico convivia em constante tensão com a percepção ampliada dos teóricos da medicina social, que criaram, em 1948, a OMS. Desde sua constituição, essa organização vem estimulando discussões em âmbito internacional para que a saúde seja percebida além de um enfoque das doenças, pois é entendido que elas são "[...] resultantes de uma má adaptação dos organismos aos fatores ambientais" (SANTANA, 2014, p. 22). A saúde não pode ser entendida como um conceito objetivo biológico, uma vez que é permeada por questões psíquicas e sociais, reflete os estilos de vida e tem uma relação muito próxima com o bem-estar individual e coletivo e o desenvolvimento socioeconômico dos países (BUSS; PELLEGRINI, 2007). Esse entendimento é considerado como a saúde na percepção holística, é o entendimento da saúde holística.

Em 1978, na Conferência de Alma-Ata, a discussão dos fatores sociais de saúde passou a entrar novamente em pauta, reforçada no *slogan* que marca o evento: "saúde para todos no ano 2000". Entretanto, o campo de tensão entre a oferta universal de serviços e a oferta privada se mantém, bem como a tensão entre a assistência médica individual e coletiva, sendo a primeira reforçada pela incorporação tecnológica na saúde.

Na década de 1990, a partir dos debates sobre as Metas do Milênio, volta-se a ênfase para as discussões sobre os determinantes sociais, sendo criada a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, em 2005. As Metas do Milênio constituem um documento elaborado pela Organização das Nações Unidas (ONU), com a participação de

189 países. Esse documento consolidou várias metas estabelecidas nas conferências mundiais que aconteceram nos anos 90, estabelecendo oito objetivos para o desenvolvimento e a erradicação da pobreza no mundo, conhecidos como Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), devendo ser adotados pelos estados membros das Nações Unidas. As oito metas estabelecidas foram: erradicar a extrema pobreza e a fome, atingir o ensino básico universal, promover a igualdade de gênero e a autonomia das mulheres, reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde maternal, combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças, garantir a sustentabilidade ambiental e estabelecer uma parceria mundial para o desenvolvimento.

O novo entendimento sobre a saúde, tendo como referência os determinantes sociais da saúde, reforça, com evidências científicas, que as diferenças de saúde entre grupos humanos não podem ser justificadas por fatores biológicos individuais. Percebe-se que os hábitos e os comportamentos construídos socialmente, muitas vezes fora do controle direto do indivíduo, são determinantes significativos da saúde. A saúde do indivíduo depende do contexto social, e os fatores individuais apontam os indivíduos vulneráveis dentro de um grupo (BUSS; PELLEGRINI, 2007), o que torna muito difícil mudar seus comportamentos de risco sem alterações nas normas culturais que os influenciam.

Os estudos sobre os determinantes sociais da saúde encontram-se na terceira geração. A primeira delas teve como prioridade estudar as relações entre a pobreza e a saúde. Os estudos de segunda geração procuraram descrever a saúde de acordo com vários critérios de estratificação socioeconômica. A terceira e atual geração de análises direciona seus esforços para estudar os mecanismos que geram as desigualdades. O principal desafio de estudos dessa geração está em estabelecer uma hierarquia dos fatores dos determinantes sobre a situação de saúde de grupos e pessoas, visto que não existe uma relação direta de causa e efeito (BUSS; PELLEGRINI, 2007).

Percebe-se que, para fazer alterações nas normas culturais que influenciam a saúde dos indivíduos, é necessário que sejam implementadas políticas públicas que favoreçam as mudanças de comportamentos, que estimulem práticas para uma vida saudável e que promovam relações de solidariedade e confiança entre as pessoas, contando com a participação intersetorial e de uma equipe multiprofissional. As políticas públicas também devem orientar as diretrizes macroeconômicas e de mercado de trabalho, proteção ambiental e promoção de uma cultura da paz (BUSS; PELLEGRINI, 2007).

Neste sentido, o Programa Cidades Saudáveis da OMS vem como um direcionador para as políticas públicas, orientando a implementação, em âmbito local dos municípios, das diretrizes que atuam sobre os determinantes sociais da saúde, visando a melhoria na qualidade de vida e bem-estar da população.

2.2 Das ideias à operacionalização: diretrizes para implementação de cidades saudáveis

Neste item apresentaremos como ampliar e adotar a proposta de Cidades Saudáveis numa perspectiva do Planejamento Urbano aliado à saúde e o que uma cidade ganha com esse programa. De acordo com Adriano *et al.* (2000), as cidades são o local apropriado para o desenvolvimento das propostas que promovem a participação social, a integração intersetorial, e é nelas que ocorrem as ações governamentais que afetam a vida das pessoas. Se as "Cidades Saudáveis" propõem promover a saúde de forma que as pessoas possam desenvolver seus potenciais e para que isso aconteça seja necessária uma atuação interdisciplinar, é importante observar as orientações que norteiam sua possível implementação no campo do Planejamento Urbano, conforme considerações que seguem.

Para Leeuw (2012, p. 219), as cidades que se dispõem a implementar o Programa de Cidades Saudáveis devem ter como diretrizes para as políticas públicas diferentes ações que envolvem os diversos segmentos de uma cidade, dentre elas:

1) a promoção da saúde urbana por meio de uma gestão urbana eficaz dos fluxos dos recursos no perímetro das cidades e entre as cidades;
2) a centralização de recursos e populações em lugares específicos, visando dar acessibilidade aos recursos e melhor controle dos resíduos;
3) maior diversidade, tanto em ecossistemas naturais como culturais, o que favorece maiores oportunidades de bem-estar ecológico, econômico e social para as pessoas;
4) disponibilização de informações e comunicações para o desenvolvimento e o intercâmbio de conhecimento e inovação;
5) disponibilização de sistemas de mecanizações e tecnologias para o funcionamento mais eficiente;
6) sistemas de autoridade e de governança políticos que forneçam sustentação às políticas;

7) colaboração intersetorial entre cientistas, profissionais, decisores políticos e representantes de grupos comunitários.

O relatório “Vinte passos para desenvolver um projeto de cidades saudáveis”, emitido pela Oficina Nacional para a Europa e coordenado pela OMS (1995, p. 12), aponta que as Cidades Saudáveis devem contemplar 11 parâmetros, conforme Quadro 3:

Quadro 3 - Parâmetros para as Cidades Saudáveis de acordo com a Organização Mundial de Saúde

	PARÂMETROS
1)	Ambiente limpo, seguro e de alta qualidade física (incluindo a qualidade da habitação).
2)	Ecossistema estável agora e sustentável em longo prazo.
3)	Comunidade forte, de apoio mútuo e não-exploradora.
4)	Alto grau de participação pública e controle sobre as decisões que afetam a vida, saúde e bem-estar.
5)	Acesso às necessidades básicas: comida, água, abrigo, renda, segurança e trabalho, para todas as pessoas da cidade.
6)	Acesso a uma ampla variedade de experiências e recursos, com a possibilidade de promover vários contatos, interações e comunicações.
7)	Economia da cidade, diversa e inovadora.
8)	Incentivo às conexões com o passado, com a herança cultural e biológica.
9)	Uma cidade compatível com os parâmetros anteriores.
10)	Nível ótimo de serviços de saúde pública, acessível a todos.
11)	*Status* sanitário elevado, com alto estado de saúde positivo e baixo *status* da doença.

Fonte: Adaptado pela autora (OMS 1995, p. 12)

Na América Latina, o nome “Cidades Saudáveis” foi substituído por “municípios saudáveis”, visto que este termo é mais representativo para suas políticas administrativas (OPAS, 1995). Os projetos que implementam os conceitos dos municípios saudáveis, na América Latina, contemplam algumas características específicas da região e outras comuns às demais. Dentre elas: partem de iniciativas locais com forte compromisso político; dispõem de

um estrutura organizacional intersetorial; geram ampla movimentação e participação social; surgem inicialmente para buscar soluções para diversos problemas, tais como os ambientais, ações para combate de fatores de riscos cardiovasculares, reduções de acidentes e de violências, melhoramento das condições de vida dos setores marginalizados, etc.; e, possuem uma liderança reconhecida (OPAS, 1996).

Para viabilizar a implantação das diversificadas propostas que compõem uma cidade saudável, a OPAS (1996) propõe que aqueles que desejarem implementar as diretrizes da proposta sigam etapas de planejamento, conforme Quadro 4:

Quadro 4 - Etapas do planejamento para implementar o Programa Cidades Saudáveis de acordo com a Organização Mundial de Saúde

ETAPAS
1. Declaração pública de compromisso do governo local para avançar para a meta de ser um município saudável.
2. Criação e funcionamento de um comitê intersetorial.
1. Elaboração de um diagnóstico com participação dos cidadãos e instituições locais.
2. Implementação de um plano consensual estabelecendo prioridades e recursos.
3. Estabelecimento de um sistema de informação para o monitoramento e a avaliação no nível local.

Fonte: Adaptado pela autora (OPAS, 1996).

De acordo com as orientações da OPAS (1995), não basta implementar as ações para que a cidade seja considerada saudável; é necessário monitorar e avaliar de forma contínua se as ações planejadas estão alcançando os resultados desejados.

Adriano *et al.* (2000) complementam e reforçam que um dos aspectos que devem ser obervados para a implementação das Cidades Saudáveis é a governança. Para esse programa, a governança deve ser participativa e apresentar, como atributos fundamentais:

1) compromisso das autoridades locais com a qualidade de vida, demonstrado por meio de decisões formais dos governantes, por meio de pactos, contratos sociais ou legislações;
2) integração dos diversos setores locais, devendo envolver todos os segmentos da sociedade, tais como empresários, lideranças, gestores públicos, membros de organizações não governamentais;

3) interação entre as diversas políticas sociais, construindo a participação intersetorial, de tal forma que fique evidenciado que a saúde é resultante da ação de vários segmentos e setores simultaneamente;
4) mobilização social, envolvendo as pessoas da comunidade no planejamento e na construção das ações, como sujeitos do processo;
5) processo permanente de construção e de melhoria, exigindo da população e dos gestores inovação contínua nas propostas e ações desenvolvidas;
6) participação social envolvendo diversos segmentos com responsabilidade compartilhada dos diversos saberes de forma a superar a fragmentação das políticas;
7) gestão democrática e aberta para trocas de experiências e opiniões; e
8) planejamento de longo prazo sustentável;

Para as Nações Unidas, a governança é conceituada segundo sua finalidade: o desenvolvimento humano. Para aquela instituição: governança refere-se ao exercício da autoridade política e administrativa em todos os níveis de gerência dos negócios de um país. Compreende os mecanismos, processos e instituições por meio dos quais os cidadãos e grupos articulam seus interesses, exercitam os seus direitos legais, cumprem suas obrigações e medeiam suas diferenças. A governança democrática é ressaltada como "[...] um processo de criar e manter processos e ambientes políticos inclusivos e responsivos" (UN. 2015, p. 1). As capacidades institucionais e humanas para a governança determinam o modo como a efetividade das políticas e estratégias públicas são alcançadas, especialmente na prestação de serviços.

Maria Helena Santos (1997) afirma que a governança é o 'modus operandi' das políticas governamentais. Inclui, dentre outras, questões ligadas ao formato político-institucional do processo decisório, à definição do 'mix' apropriado de financiamento de políticas e ao alcance geral dos programas. Segundo essa autora, o conceito não se restringe aos aspectos gerenciais e administrativos do Estado, tampouco ao funcionamento eficaz do aparelho de Estado. Como também ressaltado na definição das Nações Unidas, refere-se a padrões de articulação e cooperação entre atores sociais e políticos e arranjos institucionais que coordenam e regulam transações dentro e através das fronteiras do sistema econômico e social, incluindo-se, aí não apenas os mecanismos tradicionais de agregação e articulação de interesses, tais como os partidos políticos e grupos de pressão, como também redes sociais informais, hierarquias e associações de diversos tipos.

Clementino e Almeida (2015) identificam o termo governança como sinônimo da capacidade de governo. Para Eli Diniz (1996), está relacionado à eficácia governamental, à capacidade de agir e realizar do governo, o que se revela a partir de três dimensões: capacidade de comando, de coordenação e de implementação. Para Diniz (1996), a capacidade de comando está relacionada à direção do governo, e a capacidade de coordenação do governo, à habilidade de harmonizar e integrar os diferentes interesses e projetos políticos presentes na arena política. A capacidade de implementação está relacionada com a capacidade do governante de mobilizar recursos técnicos, institucionais, financeiros e políticos necessários para execução de suas decisões. Em outras palavras, para Diniz (1996, p. 13), a governança é o termo que "[...] diz respeito à capacidade governativa no sentido amplo, envolvendo a capacidade de ação estatal na implementação de políticas e na consecução das metas coletivas".

Para Fábio Reis (1994), o conceito de governança refere-se ao exercício dinâmico do ato de governar. Envolve capacidade de coordenação, liderança e implementação, e de produzir credibilidade como seus elementos constitutivos, os quais são interdependentes. O mesmo autor complementa que a governança estaria intrínsecamente relacionada à capacidade de propor e articular uma agenda política e de gerar recursos necessários para a sua implementação.

Com base nas abordagens conceituais apresentadas, é possível propor que a governança diz respeito ao modo de operação do governo em torno da sociedade, à maneira como o poder é exercido e ao modo como se dá a efetividade das políticas e estratégias. Em outras palavras, governança é a capacidade de concretizar a agenda do governo, o que significa formular e tornar real essa agenda em termos de realizar ações que viabilizem os projetos e programas acordados com a população durante a campanha ou estabelecidos durante a atuação do governante. Para Maria Helena Santos (1997), "[...] boa governança passa a ser requisito indispensável para um desenvolvimento sustentado, que incorpora ao crescimento econômico eqüidade social e também direitos humanos".

Alguns autores sugerem uma diferença entre os termos governabilidade e governança. Entretanto, para Maria Helena Santos (1997) essa diferença não é importante, pois ambos apontam para a capacidade governativa englobando aspectos operacionais do aparelho do Estado, assim como suas dimensões institucional, política e econômica. Para Frischtak (1994, p. 162), a governabilidade é um atributo daquilo que se governa, isto é, da sociedade. A governabilidade é o sinônimo da capacidade estatal de governar (tal conceito foi vulgarizado como uma expressão que caracteriza a máquina do Estado). Para a autora "[…] a sociedade é

mais ou menos governável, enquanto o Estado se mostra mais ou menos capaz de governar – mais ou menos eficiente no exercício das funções governamentais". Ela alerta para o cuidado de não se adotarem técnicas da Administração para se ter um Estado eficiente e eficaz. Entende que se deve conciliar tais propósitos com as questões e problemas políticos como forma de resolver as tensões na busca simultânea de eficiência e democracia. Frischtak (1994) afirma que a ideologia do Estado mínimo está longe de fazer jus à complexidade dos desafios que um Estado deverá enfrentar.

Para esta pesquisa, considera governança como elemento necessário e norteador para o desenvolvimento humano que afetará a forma de promover a governabilidade no cotidiano da gestão de uma cidade, entendendo-se que o Estado é o agente realizador da governabilidade, em conjunto com os demais atores sociais. A governabilidade, que pode ocorrer de forma eficiente ou não, é entendida como a ação/ato de governar, de colocar na prática o estabelecido pela governança, de acordo com seus princípios. Entretanto, terá como referencial utópico/subjetivo os princípios norteadores da governança. Neste sentido é possível afirmar: de uma forma geral, a governança de uma cidade pode ter como referência os princípios norteadores das Cidades Saudáveis para o desenvolvimento humano e, a partir destes, promover uma governabilidade que favoreça a justiça social.

Conforme mencionado, as Cidades Saudáveis constituem-se como um movimento internacional para o desenvolvimento de ações de longo prazo que visa inserir a saúde como tema de alta relevância nas agendas políticas, a partir da participação da comunidade, de parcerias intersetoriais e da equidade entre os participantes.

O movimento das Cidades Saudáveis costuma enfatizar as ações de promoção da saúde, como uma temática específica da pasta governamental da saúde, porém, como objeto do movimento das Cidades Saudáveis, tais ações apresentam-se como um resultado multisetorial e integrado entre as diversas áreas do governo. Neste sentido, a saúde é vista como resultado positivo das várias ações públicas e privadas que visam o bem-estar da população.

A Organização Mundial de Saúde aponta que não apenas a cidade pode ser identificada como 'saudável', pois um espaço, um local, um lugar, um território ou mesmo uma inciativa pode ter a mesma qualificação. Tal qualificação pode ser percebida em vilas, hospitais, presídios, feiras livres e mercados, casas, universidades, municípios, escolas, locais de trabalho, desde que sejam ambientes em que as pessoas interagem para afetar sua saúde e bem-estar.

Alguns autores apontam que as Cidades Saudáveis dificilmente serão saudáveis para todos, até porque o que um indivíduo pode considerar saudável outro poderá não perceber e

vivenciar dessa forma. A percepção de uma cidade saudável também dependerá das vivências dos indivíduos nelas ocorridas, pois existe uma relação inseparável entre território e sujeitos, conforme aponta Koga (2011).

A qualificação de um espaço como saudável vai além das características predefinidas pelos diversos autores, pois também é concebida pelo imaginário e experiências vivenciadas individualmente. O limite do que é considerado saudável ou não é uma linha tênue, pois esse significado é também resultante da percepção individual. A despeito de haver patamares mínimos, os limites da definição são fluidos. Como Bauman (2000) poderia dizer, essa condição é líquida e maleável.

Diante do exposto, é possível perceber a complexidade que envolve a implementação dos conceitos e das propostas das Cidades Saudáveis no campo do Planejamento Urbano, constituindo, simultaneamente, uma diretriz e um resultado a ser alcançado para as cidades.

2.3 Titulação das cidades: saudáveis, sustentáveis e outras qualificações

Neste tópico, serão abordados os motivos das titulações e qualificações das cidades que vão além do seu nome de origem. O nome das cidades, vinculado à sua origem, pode ser acrescido de denominações variadas, que veiculam representações e valorizam certos aspectos urbanos em detrimento de outros. Percebe-se, no momento atual, um fenômeno social em que vários movimentos da sociedade estimulam determinados arranjos operativos nas cidades e promovem, por meio de qualificação ou titulação, o reconhecimento daquelas que cumprem padrões preestabelecidos. Esse fenômeno social de qualificação e reconhecimento das cidades ocorre a partir da mobilização de diferentes atores e instituições, cujas finalidades, motivações e ações, são também variadas.

Arantes, Vainer e Maricato (2013) e Rolnick (2003) alertam que esses movimentos divulgam as cidades como objetos de consumo, cidades mercadoria ou ímãs de atração comercial; podem ser voltados à promoção do bem-estar e melhoria da qualidade de vida da população ou de algum segmento populacional (cidades pátria; política), ou dirigidas a causas específicas, como a ambiental, sempre orientando uma determinada conformação espacial. O processo de adesão a esses movimentos e a concessão da qualificação e titulação das cidades são divulgados em campanhas e programas idealizados e operados por organizações multilaterais, organizações não governamentais ou mesmo pelas diferentes esferas do governo.

Para exemplificar essas qualificações foram selecionados treze movimentos (Quadro 5) que conferem uma denominação específica para as cidades a partir de levantamento realizado na rede mundial de computadores, no site de busca do Google, com as palavras chave “cidade amiga”, “prêmio cidade”. São estas, as qualificações: cidade amigável, cidade amiga da criança, cidade amiga do idoso, cidade empreendedora, cidades amigas da bicicleta, cidades amigas dos estudantes, cidades amigas da Amazônia, cidades amigas do aleitamento materno, cidades amigas da natureza, cidade resiliente, cidade educadora, cidade sustentável e cidade saudável. Essas qualificações são reconhecidas por meio de selos, prêmios, pontuação em índices ou por ações de marketing que divulgam a imagem relacionada a alguma causa, apresentando as cidades como produto para uso.

Quadro 5 - Resumo das titulações qualificadoras das cidades

TÍTULO	PERSPECTIVA DE MAIOR ÊNFASE	QUEM PROMOVE	OBJETIVO APRESENTADO
Cidade amigável	Econômica	Condé Nast Traveler – revista especializada em viagens e turismo	Acolhedoras para receber os turistas
Cidade empreendedora	Econômica	Confederação Nacional de Municípios (CNM), Frente Nacional de Prefeitos (FNP) e Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas (Sebrae)	Estímulo ao desenvolvimento econômico das Microempresa e da Empresa de Pequeno Porte
Cidades amigas do aleitamento materno	Social/Saúde	Organização Mundial de Saúde - OMS	Alimentação adequada às crianças recém nascidas
Cidade amiga do idoso	Social/Saúde	Organização Mundial de Saúde - OMS	Envelhecimento ativo
Cidade amiga da criança	Social	Organização Mundial de Saúde - OMS	Bem estar da criança
Cidades amigas da bicicleta	Social/ Mobilidade/ Urbanismo	Empresa de consutoria em infra estrutura para biciletas de Copenhague, chamada Kopenhagenzie	Utilização da bicicleta como meio de transporte
Cidades amigas dos estudantes	Social/Educação	Associação das Universidades de Língua Portuguesa (AULP)	Criação de condições favoráveis para o acolhimento, a integração e o bem-estar dos estudantes
Cidade resiliente	Social/ Meio Ambiente/ Urbanismo	Organização das Nações Unidas - ONU	Resistência para lidar com as questões dos desastres
Cidade educadora	Social/Educação	Associação Internacional das Cidades Educadoras	Incentivo a atividades sociais e culturais para a formação dos indivíduos
Cidades amigas da Amazônia	Meio Ambiente	Organização Não Governamental - Greenpeace	Incentivo ao mercado de madeira no manejo sustentável

Cidades amigas da natureza	Meio Ambiente	Assembleia Legislativa do Estado do Espírito Santo	Preservação do meio ambiente e destino do lixo
Cidade sustentável	Complexidade	Rede Nossa São Paulo, Rede Social Brasileira por Cidades Justas e Sustentáveis e do Instituto Ethos Organização das Nações Unidades (ONU) – UN-HABITAT	Visão sistêmica e integrada do uso do solo, alimento, água, controle de resíduos, mobilidade, morfologia urbana
Cidade saudável	Complexidade	Organização Mundial da Saúde - OMS	Melhores ambientes físicos e sociais para o desenvolvimento do potencial máximo das pessoas

Fonte: Elaborado pela autora baseado no levantamento realizado no site de busca do Google Acesso: 03.mai.2017

Os movimentos têm como intenção declarada aprimorar o papel e a função da cidade como elemento de intervenção para a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Essas qualificações e programas de valorização de um conjunto específico de ações de uma cidade não estão articulados entre si e funcionam como se não tivessem um propósito ou ações em comum. Embora sejam independentes, as iniciativas se integram. São estímulos externos para a reordenação e fortalecimento identitário. Muitas compartilham estratégias semelhantes, como a participação da sociedade na formulação de políticas, o estabelecimento de metas e o seu acompanhamento, e o comprometimento formal das autoridades públicas.

Os movimentos selecionados nas qualificações apresentadas (Quadro 5) procuram reordenar os processos e funções urbanas para aprimorar uma determinada função (econômica, social, ambiental) e favorecer a qualidade de vida de segmentos populacionais (cidade amiga da criança, da amamentação, do idoso) ou da população (cidade sustentável, cidade saudável), qualificando as cidades e lhes conferindo um título a partir do atendimento a determinados padrões. Todas exigem o comprometimento da sociedade e do poder público e, por vezes, fortalecem a legislação (especialmente no que se refere aos direitos civis). O poder público, por fim, legitimará a nova denominação, que porta uma certa identidade e é veiculada na mídia, nos meios eletrônicos ou mesmo reconhecida em certas políticas públicas. Será a partir do discurso e das imagens irradiadas que esta denominação se instituirá com força suficiente para constituir um elemento identitário das cidades. Tome-se como exemplo a

associação das bicicletas em Amsterdã, ou certas cidades reconhecidas pelo acolhimento aos idosos, especialmente na Europa Ocidental.

Duas qualificações estimulam a organização da cidade numa perspectiva mais ampla e complexa: cidades sustentáveis e saudáveis. Ambas incorporam os conceitos e qualificações anteriores de forma integrada e numa relação mais complexa, que considera a interdependência dos elementos. Essas duas últimas qualificações têm muitos pontos semelhantes, porém se estruturam em diferentes propostas hierárquicas.

2.3.1 Cidades sustentáveis, cidades saudáveis: o que as identifica e diferencia.

As cidades sustentáveis estruturam-se sobre os conceitos apresentados no Relatório Brundtland "Nosso Futuro Comum", que propõe o desenvolvimento sustentável como aquele que atende às necessidades do presente sem comprometer a possibilidade de as gerações futuras atenderem às suas necessidades (COMISSÃO..., 1987). Também pode ser entendido como aquele que usa adequadamente o solo, produz alimentos saudáveis, fornece energia e água de qualidade, controla os resíduos, favorece uma boa mobilidade e morfologia urbana (UN-DESA, 2013). Para Setti e Gallo (2009), o conceito de desenvolvimento sustentável desse Relatório é o mais aceito mundialmente, visto que integra os aspectos sociais, econômicos e ambientais.

O Relatório Brundtland (COMISSÃO..., 1987) critica o modelo de desenvolvimento utilizado pelos países que optam pela industrialização, visto que considera incompatível o consumo atual, os padrões de produção o uso dos recursos naturais com a capacidade dos ecossistemas. Além dessa questão, aborda a natureza e a amplitude dos problemas ambientais, sociais e econômicos e sugere que o desenvolvimento sustentável seja uma estratégia que possa transformar a situação da probreza, a desigualdade social e o desmatamento (SETTI; GALLO, 2009). Sachs (2008) reforça esse entendimento, ao sugerir que o desenvolvimento seja includente, sustentável e sustentado, e que ao se pensar numa cidade sustentável os critérios contemplem elementos relacionados ao social, ao cultural, ao ecológico, ambiental, territorial, econômico e às políticas nacionais e internacionais.

As preocupações com a preservação do meio ambiente e o desenvolvimento tiveram como marco mundial o ECO 92, realizado no Rio de Janeiro em 1992 e promovido pelas Nações Unidas. Nesse evento foram discutidos objetivos mais amplos de caráter político envolvendo, além das questões de meio ambiente e desenvolvimento, as relacionadas às

mudanças climáticas, às florestas e à biodiversidade Com base nessas discussões foram gerados documentos com orientações sobre essas temáticas, além da Agenda 21 (PROGRAMA..., 2000).

A Agenda 21 apresenta mais de 2.500 recomendações e, de acordo com o Ministério do Meio Ambiente do Brasil, pode ser definida como um instrumento de planejamento para a construção de sociedades sustentáveis, em diferentes bases geográficas, pois concilia métodos de proteção ambiental, justiça social e eficiência econômica. Para atender às especificidades do país, essa agenda foi reconstruída como Agenda 21 Brasileira, contendo os caminhos preferenciais para a construção da sustentabilidade no país (PROGRAMA..., 2000).

No Brasil, esse movimento internacional é sustentado pela sociedade civil organizada, numa parceria entre a Rede Nossa São Paulo, Rede Social Brasileira por Cidades Justas e Sustentáveis e o Instituto Ethos, além das atuações governamentais no âmbito federal. Para que uma cidade implemente os conceitos de sustentabilidade da Agenda 21, deve ser governada com responsabilidade orçamentária, ser acompanhada por indicadores globais e contar com a representação de todas as partes interessadas, incluindo munícipes, gestores públicos, segmento empresarial e terceiro setor.

O movimento das cidades saudáveis, no Brasil, assim como o das cidades sustentáveis, também se relaciona à Eco-92, Para Setti e Gallo (2009, p. 417), "[...] a proximidade destes conceitos permite-nos afirmar que os setores saúde e meio ambiente estão inter-relacionados, tratam de temas transversais", devendo ser priodidade para o desenvolvimento e fazer parte do cotidiano das políticas governamentais.

Cidades saudáveis e sustentáveis são interdependentes. Essa interdependência se dá numa relação de causa e efeito num movimento circular, em que a cidade sustentável favorece a cidade saudável e vice-versa. Nesse caso, a cidade promovida, na tipologia construída por Vainer (2013), é a cidade pátria, em que os atores participam movidos pelo discurso que legitima a proposta; ou a cidade política, aberta para a participação da sociedade. São cidades menos desiguais e mais justas, em que o desenvolvimento econômico é combinado ao social.

Neste contexto, é fundamental reconhecer as cidades como campo de disputa, em que as lutas simbólicas atuam sobre as práticas e podem modificá-las. A análise de Sánchez (2001) sobre o discurso ambiental na cidade de Curitiba, baseada também nos conceitos de Bourdieu (1985), evidencia essa interdependência entre os procedimentos materiais e simbólicos envolvidos nos processos de restruturação urbana.

É possível reconhecer nesses movimentos o envolvimento de significativos agentes e sua relação com o poder público, bem como com as práticas consideradas éticas no âmbito

social, econômico e político. No entanto, mesmo quando incorporadas às políticas públicas, sua adoção não é imediata. E isso porque, como ressalta Vainer (2013, p. 78), sobre as propostas de planejamento urbano estratégico atuais, cidades não são empresas e o planejamento estratégico, se assim as considerar, poderá facilitar "[...] a apropriação da cidade por interesses empresariais globalizados", banindo a política, eliminando o conflito e as condições de exercício da cidadania. Embora a participação social esteja prevista na maior parte das propostas, o conflito não está considerado.

O movimento das cidades saudáveis, em especial, é potencialmente fortalecedor de uma identidade social solidária e pode ser um discurso político favorecedor de uma vivência democrática, da escrita de um ambiente favorável de vida, contribuindo para o empoderamento social. Como propósito societário agregador pode fortalecer as cidades num processo de contínua transformação, favorecendo a mudança da sociedade em uma adaptação virtuosa que considere as reais demandas dos munícipes de forma participativa e com autonomia, como um subsistema de um sistema maior que constitui a própria organização da humanidade.

Muitas questões permanecem ao se refletir sobre a cidade saudável, em permanente reinvenção. Os movimentos analisados podem contribuir positivamente nesse processo, mas seus limites são evidentes, e os valores e interesses em disputa, nem tanto. Uma análise mais aprofundada é necessária, para que se possa refletir sobre sua viabilidade em países de cidades tão complexas como o Brasil, garantindo a multiplicidade dos discursos e representatividade das demandas, para não se correr o risco de novamente serem adotadas "ideias fora do lugar" ou promover a manutenção de "lugares fora das ideias" (MARICATO, 2013), na construção das identidades das cidades brasileiras.

As Cidades Saudáveis podem ser percebidas como decorrentes dos movimentos e estão em transformação contínua para se adaptarem ao meio em que se situam, seja em decorrência de necessidades intrínsecas ou extrínsecas dos atores e agentes envolvidos, e na busca de melhorar o bem-estar das pessoas. Apesar das diretrizes definidas pela OMS, os percursos a serem seguidos podem ser diversos, conforme a realidade histórica, social, econômica e cultural de cada município. Uma Cidade Saudável nunca estará saudável, mas estará em busca de melhores condições de vida para sua população, num processo cíclico e de renovação contínua. A fundamentação teórica apresentada no capítulo que segue apresenta essa perspectiva de análise.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: ESCLARECENDO A PERSPECTIVA DE ANÁLISE

A utopia proposta pelo Programa Cidades Saudáveis (OMS) pode surpreender as possibilidades de experimentá-la na prática, de senti-la vivenciada nas suas implicações e consequências no exercício do Planejamento Urbano. Verificar onde essa utopia pode ser colocada no cotidiano das pessoas com sucesso e poder senti-la, segundo os critérios pré-definidos pela OMS e em consonância com as necessidades locais de um espaço urbano, é estimulante e foi a fonte norteadora desta busca por compreender esse fenômeno social.

Como cita LEFEBVRE (1969, p. 102), o projeto urbano "[...] possui um caráter de totalidade altamente complexo", nunca estará inteiramente presente e plenamente atual, suas reconstruções não podem ser consideradas definitivas. Para esse autor (p. 104), a "[...] estratégia de renovação urbana se torna necessariamente revolucionária, não pelas forças das coisas, mas contra as coisas estabelecidas". Para mudar, necessita-se de um suporte social e de forças políticas, também necessárias para que o Planejamento Urbano seja referenciado no Programa Cidades Saudáveis.

É nesta perspectiva que se constituiu a fundamentação teórica desta pesquisa, considerando que, embora se idealize que um processo de planejamento seja finalizado para fechar um ciclo dos processos administrativos organizacionais e institucionais, isso não ocorre, por definição. Entretanto, isso não significa que o planejamento não deva ser realizado, apenas há uma mudança de perspectiva: nessa visão não se busca a implementação de um processo para atingir um fim, mas se considera o próprio processo como ponto de partida que inaugura uma nova forma de ver, entender e implementar o Planejamento Urbano nas cidades do século XXI, no Brasil ou fora dele.

LACERDA (2013, p. 84) ressalta que

> [...] uma pesquisa, de natureza interdisciplinar, exige o intercâmbio de conceituações, teorias e métodos entre as disciplinas, de modo a alcançar um elevado nível cooperativo, que induz à alteração das próprias gramáticas das disciplinas envolvidas e/ou à criação de um novo campo disciplinar ou subdisciplinar, com princípios, conceitos e métodos próprios.

Com esse entendimento, nesta pesquisa, de natureza interdisciplinar, propõe-se o intercâmbio entre os conhecimentos da teoria da complexidade, da autopoiese e da pesquisa operacional *soft*, tendo como objeto de estudo o Planejamento Urbano, a partir da perspectiva do Programa das Cidades Saudáveis (OMS, 1995).

Conhecer o alcance de uma proposta que visa pensar a cidade de forma integrada, tendo como norte o bem-estar das pessoas que a habitam, bem como seus limites e as relações existentes na perspectiva teórica da teoria da complexidade e da autopoiese, estruturada e modelada por meio de um mapa cognitivo SODA, é uma abordagem teórica diferenciada no campo do Planejamento Urbano.

3.1 O conhecimento do conhecimento: uma perspectiva biológica

Num primeiro momento, pode parecer que a sintaxe do título acima esteja equivocada, mas é a partir dessa frase que se faz a introdução do conhecimento sobre os fenômenos sociais com o olhar da teoria da autopoiese construída por Maturana e Varela (1997) que, inicialmente, foi referenciada para a área biológica da neurofisiologia e, depois, ampliada para a área social. A proposta desses autores para explicar as percepções sobre os fenômenos sociais, a partir da perspectiva dos organismos vivos, pressupõe compreender o processo de aprendizagem por meio do qual é gerado o nosso saber para, então, propor uma nova forma de olhar os fenômenos relativos aos sistemas, em específico os sistemas vivos e sociais.

O conhecimento do conhecimento alerta para um dos paradigmas propostos por Maturana e Varela (1997), o de que a natureza do conhecimento é circular, sendo esse o ponto central do conhecimento humano, também conhecido como fenômeno da tautologia cognoscitiva. Essa teoria pressupõe que o ponto de partida da aprendizagem humana ocorre com a conduta autodescritiva de si mesmo, não sendo possível atingir um desenvolvimento harmônico e estável a partir do vazio de conhecimentos do ser humano sobre sua própria natureza, sem percebê-la na sua transdisciplinaridade, transculturalidade e transideologicidade. O impacto desse desconhecimento ameaça o viver social, ou seja, a vida humana no planeta, nas cidades. Impede uma construção social de colaboração mútua, de transformação do mundo. Talvez a falta dessa percepção possa ser uma das implicações para a ausência de implementação de planejamentos urbanos que efetivamente favoreçam o bem-estar da população.

Para atingir a harmonia social de longo prazo, é essencial que os atores que receberam a delegação da comunidade quanto às responsabilidades sociais gerais percebam que a racionalidade e a objetividade não são suficientes para o entendimento da natureza social. O processo de aprendizagem afeta a forma de se entender a formação de uma sociedade como conjunto e o papel de cada indivíduo. Consequentemente, dificulta a operacionalização integrada das políticas públicas, objeto desta pesquisa.

O aprendizado social é decorrente das interações humanas recorrentes que favorecem experiências e percepções, a partir das quais o indivíduo conhecerá a si mesmo. Na perspectiva de Maturana e Varela (1997), a compreensão dos fenômenos sociais, mentais e culturais só é possível pelos observadores que estão envolvidos no fenômeno. Para os autores, o observador não está isolado e distante do fenômeno. O observador faz parte do fenômeno e participa da geração do conhecimento. Se o pensador social exclui a si mesmo ao fazer uma teoria, ele não produzirá uma teoria adequada. Logo, os atores sociais que estão mais envolvidos em atuar sobre as problemáticas para as quais foram responsabilizados precisam estar próximos às questões com as quais têm que lidar.

O entendimento de um fenômeno é resultante das representações do mundo por parte do observador, variando conforme a cognição do mundo e a história de cada um. O observador modela um problema de acordo com a sua vivência ambiental. Para Maturana e Varela (1997), não é possível demonstrar uma percepção de experiência sem a influência do ato de observação do observador e sem que ele tenha autoconsciência de tal experiência. Ou seja, seus conhecimentos sobre um ambiente não são independentes de suas própias experiências. Para eles, "[...] não é possível conhecer, senão o que se faz" (Idem, p. 49), assim como também não é possível dissociar o que se comunica de quem comunica. Em outras palavras: "[...] tudo que é dito, é dito por alguém" (Ibidem, p.. 69). A explicação de um fenômeno é influenciada pelo ponto de vista do observador, que compactua com conceitos aceitáveis por um grupo que validará as ideias propostas. Com base nisso seria possível dizer que o Planejamento Urbano tem relação direta com os agentes envolvidos na sua elaboração, implantação e acompanhamento.

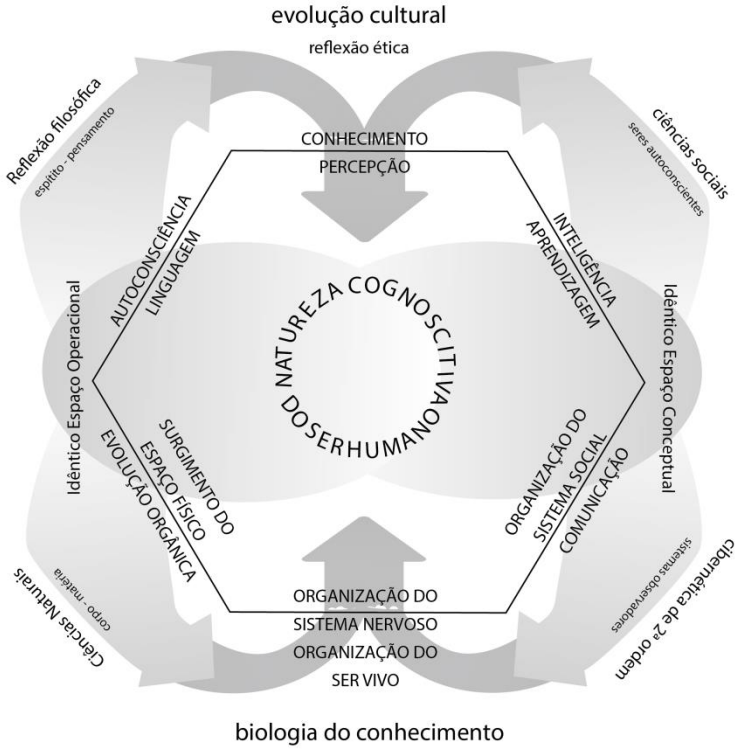
Essa nova percepção e teorização acerca da aprendizagem e aquisição de conhecimento rompe o paradigma linear e fragmentado da forma tradicional de aprendizagem e pensamento, em que cada grupo cultural se crê como detentor da verdade e não opera a favor da cooperação, da solidariedade e da criatividade. São as dúvidas sobre essas certezas que desatam as armadilhas das verdades absolutas, que provocam reflexões sobre a natureza dessas verdades e levam a perceber que elas não suficientes em si mesmas e não podem ser entendidas sem uma percepção da totalidade.

Permanecer na certeza é uma tentação, pois ela condiciona o indivíduo a um estado fictício de solidez, como se não houvessem alternativas para os cenários. Mas a certeza é cega, é um ato do indivíduo no seu isolamento que não faz com que veja o outro que não está na sua mesma condição de vivenciar o que a cegueira lhe impede. Maturana e Varela (1997, p. 63) reforçam esse *status* quando afirmam que "[...] não vemos que não vemos", logo não se

consegue compreender o que está fora do campo de visão, das vivências e experiências. Planejar cidades requer conhecê-las, vivenciá-la, estar próxima do seu cotidiano.

Maturana e Varela (1997) elaboram uma teoria que unifica as ciências sociais e as da vida, obrigando um repensar sobre a natureza da condição social humana e da evolução cultural da humanidade como um sistema unitário, representado por meio de um gráfico hexagonal (figura 2) para facilitar o ordenamento e visualização das dimensões conceituais transdisciplinares que constituem a natureza cognoscitiva. Constitui uma nova forma de ver o mundo que varia de acordo com as dinâmicas operacionais internas dos indivíduos e externas ao meio social. Essa nova forma de ver o mundo integrada e interrelacionada a partir da percepção de Maturana e Varela foram incorporadas por outras áreas do conhecimento, além da sua origem e do planejamento urbano, tais como: administração, educação e direito, demonstrando a troca colaborativa dos saberes. Enquanto se luta para defender as fronteiras culturais particulares não se atinge a harmonia social. Enquanto o conhecimento não é compartilhado, por meio da cooperação social, não existe realização mútua, com participação social.

Figura 2 - Ilustração da relação interdisciplinar entre as dimensões conceituais que compõem a natureza do conhecimento na teoria de Humberto Maturana e Francisco Valera sobre a natureza do conhecimento (1997)



Fonte: Adataptação da figura 'natureza do conhecimento' (MATURANA; VARELA, 1997, p. 43).

No campo da sociologia, Elias (2008) complementa a visão de Maturana e Varela (1997) referente à busca pela integração das ciências, ao pôr em evidência a necessidade de união de conhecimentos para a sobrevivência humana. Para esse autor, "[...] os avanços no conhecimento desempenham um papel relevante nas lutas pela sobrevivência entre os grupos humanos" (Idem, p. 535). Essa abordagem poderia ser utilizada pelo Planejamento Urbano integrado à linha da Promoção da Saúde, explorando uma forma integrada de conhecimentos para a organização das cidades, visto que estão interessados em estudar, pesquisar e propor melhorias e soluções para problemas comuns. Elias (2008, p. 536) reforça essa necessidade de integração ao afirmar que "[...] muitas áreas do conhecimento humano progrediram no curso de milênios, mesmo com todas as estagnações e regressões", favorecendo um considerável valor para a sobrevivência humana.

Não basta refletir sobre as vantagens da integração de conhecimento. Isso é relativamente fácil, pelo menos, na linha de argumentação aqui até o momento. É necessário entender o porquê dessa não integração, o que inclui compreender os interesses dissimulados nessa disputa de poder. Como menciona Elias (2008), apesar dos avanças históricos do conhecimento, não é possível desprezar as diferenças "[...] entre a vitória e a derrota, a supremacia e a sujeição nas lutas dos grupos humanos" (Idem, p. 536). Para este autor, o conhecimento humano é "[...] concebido como um amontoado de detalhes" (Ibidem, p. 536) que desconsidera o processo social de longo prazo.

Para Elias (2008), a sociologia contemporânea do conhecimento reconhece o alto grau de envolvimento do sujeito com o objeto. Isso significa que estão "[...] mais preocupados sobre o conhecimento que reflete em maior escala... do que na estrutura autônoma dos que eles procuram conhecer" (Idem, p. 539). O olhar está voltado ao sujeito, à imagem de quem produz o conhecimento, não sendo possível dissociar o sujeito do objeto, nem considerá-los como polos estáticos nas análises dos fenômenos sociais. Portanto, é necessário reconhecer que não existe antítese estática entre o sujeito do conhecimento e os objetos do conhecimento (Ibidem, p. 543), como também argumentam Maturana e Varela (1997) e Morin (2016).

3.2 Cidades: organizações vivas e sistêmicas

A analogia das cidades com o corpo de um organismo vivo foi explorada na literatura do urbanismo em diferentes perspectivas. Um autor que se destaca é Richard Sennett (2008. p. 13), para quem "[...] as questões do corpo humano foram expressas na arquitetura, no urbanismo e na vida cotidiana", permitindo que a história da cidade seja "contada por meio da

experiência corporal do povo". Esse autor acredita que é possível fazer um "catálogo de sensações físicas no espaço urbano" a partir do que os homens e mulheres viam, ouviam, os odores que penetravam em suas narinas, os locais onde comiam, seus hábitos de vestir e banhar. Sennett (2008) fez essas observações a partir da análise dos espaços urbanos de Atenas, Roma, Paris, Veneza, Paris, Londres e Nova York. Entretanto, o que Sennett (2008) apresentou em sua obra "Carne e Pedra" foi o significado das diferentes partes do corpo humano nas concepções urbanísticas, e não uma abordagem das cidades como organismos vivos em processo contínuo de interações recorrentes, como se propõe neste trabalho.

Para entender essa abordagem, há que se recorrer ao conceito de autopoeise, que considera a complexidade dos organismos vivos e a sua aplicação ao fenômenos sociais. Aqui inicialmente são abordados os principais conceitos dessa teoria biológica e como esses conceitos interagem entre si. Posteriormente, e às vezes simultaneamente, procede-se a uma releitura dos conceitos, correlacionando-os com os fenômenos sociais

A teoria da autopoiese considera que um organismo vivo é mantido pelas relações recorrentes entre os componentes de um sistema que compõem a sua estrutura. A estrutura é decorrente das relações entre os componentes que constituem uma determinada unidade e a organizam (MATURANA; VARELA, 1997). Os componentes de um organismo vivo estão em contínua rede de interações, e alguns deles formam uma fronteira, um limite para os movimentos interativos que favorecem as próprias transformações do organismo.

Esse limite pode ser percebido como uma membrana integrada aos processos de interações, participando das interações, mas que define o limite que constitui a unidade que caracteriza o organismo vivo, fazendo com que ele não se desintegre, mantendo a sua autopoiese e distinguindo-o do meio circundante mediante a sua própria dinâmica, de modo que ambos – indivíduo e ambiente – são inseparáveis. Em outras palavras: o sistema autopoietico constitui parte do meio, e só pode ser percebido na totalidade desse meio se for identificado na sua unidade, sendo o seu limite definido por uma membrana, que nos fenômenos sociais é intangível, também denominada clausura operacional. A clausura operacional é o limite operacional do estado vivo do organismo e pode ser entendida como uma membrana que o delimita sem desintegrar, apesar de estar em constante troca com o meio externo.

A clausura operacional define o limite das operações e as dinâmicas das relações que ocorrem num sistema autopoiético, distinguindo-o como um sistema fechado dinâmico em si mesmo por meio de sua organização circular em movimento recursivo. Opera os seus componentes conservando sua identidade num espaço relacional. Esse espaço relacional é

dinâmico e também está num processo cíclico repetitivo, de modo que a cada novo ciclo é instalado um outro ciclo, sobre os deslocamentos associados ao ciclo anterior (MATURANA; DÁVILA, 2009).

Considera-se que um sistema autopoietico é ao mesmo tempo aberto e fechado. Fechado para que possa promover o operar que o define, dentro dos seus limites. Aberto, porque está num contexto relacional. Ao mesmo tempo que essas interações são interdependentes, elas também são independentes, na constituição da sua própria autopoiese. Quando se distingue um conjunto de elementos interconectados de modo que, se huver atuação sobre um, haja atuação sobre todos, distingue-se um sistema fechado (Idem, p. 276). Os sistemas não estão soltos, tudo que se distingue está inserido numa trama de relações e processos. As estratégias, as ações, as atividades e as decisões num planejamento urbano, objeto desta pesquisa, por exemplo, estão interconectadas a múltiplos interesses e objetivos dos atores participantes.

É possível entender que os seres vivos conformam uma organização caracterizada pelas relações entre seus componentes, que constituem uma estrutura identificada como uma unidade autônoma capaz de gerar a si mesma de acordo com suas próprias leis, caracterizando assim um sistema autopoiético. “O mecanismo que torna os seres vivos sistemas autônomos é a autopoiese” (MATURANA; VARELA, 1997, p. 88). A organização autopoiética pode ser obtida por muitas classes diferentes de componentes, caracterizando a especificidade fenomenológica de cada organização, de acordo, não com a natureza física dos componentes, mas com as relações ocorridas entre esses componentes. A mudança, decorrente das relações ocorridas, é essencial para que os organismos se mantenham vivos, e sua própria estrutura os define como unidades.

Segundo essa teoria, os fenômenos sociais seriam análogos aos sistemas biológicos vivos e adquiririam sua principal característica a partir das relações recorrentes entre os seres humanos que os compõem por meio da linguagem no processo comunicacional (MATURANA, 1997). Dessa forma, a cidade pode ser conceituada como um organismo vivo, um fenômeno social.

As cidades, organismos vivos, têm uma trajetória histórica e social que lhes confere sua identidade. Como pontua Rolnik (2013), as cidades são a escrita que os homens constroem com os tijolos: a arquitetura urbana. Os desenhos das ruas, das casas, das praças e dos templos transmitem características e identidade. Tanto cidades mortas, como cidades históricas vivas expressam o modo de vida dos indivíduos; não há necessidade de um texto com palavras para descrevê-las, basta observar as construções. A identidade ou as identidades das cidades estão

em constante estado de mudança, transformação, e se reinventam continuamente, para se adaptar ao meio e manter a sua existência.

Hall (1992) analisa a identidade do mundo social do momento denominado "modernidade tardia". Para alguns autores, esse momento é considerado uma "crise de identidade", pois conceitos tradicionais estão se fragmentando diante das novas "[...] paisagens culturais de classe, gênero, sexualidade, etnia, raça e nacionalidade, que no passado nos tinham fornecido sólidas localizações" (HALL, 1992). A perda da percepção integrada e estável dos indivíduos e do mundo social constitui a própria identidade e o caráter do que Hall denomina "modernidade tardia", em que a mudança é considerada o componente essencial de todas as experiências vivenciadas nesse período como forma de manter vivo o mundo social. Entretanto, a identidade de uma cidade é criada pela história vivenciada por seus membros e atores.

A modernidade tardia, para Hall (1992), caracteriza-se por ser uma identidade descontínua, fragmentada, que rompe com a linha comum, fixa e estável. Ele propõe que "[...] em vez de falar da identidade como uma coisa acabada, deveríamos falar de identificação, e vê-la como um processo em andamento", o que caracteriza um sistema vivo. Se esse conceito for transferido para a identidade de uma cidade, será possível dizer que a identidade de uma cidade não fica "pronta" ou "acabada", e que ela deve ser caracterizada ao longo do seu tempo vivenciado pelos indivíduos que a compõem, de acordo com os momentos históricos.

Toda cidade tem uma história na perspectiva de sua análise como fenômeno social ou como fenômeno biológico. Essa historicidade é resultado de diferentes combinações decorrentes das relações das pessoas que viveram e vivem nela. Logo, para conhecer uma cidade é imprescindível conhecer a sua história, as mudanças ocorridas nos estágios anteriores e as circustâncias do contexto. Para Maturana e Dávila (2009, p. 297), "[...] tudo ocorre num devir de transformações históricas, no qual nada está predeterminado".

A história das cidades também pode ser entendida como uma das características dos organismos vivos em transformação, que partem de um ponto inicial e, em função das suas interfaces com os acontecimentos internos e externos, vão se modificando e se modelando: de uma rua, surgem novas ruas, que constituem bairros, distritos e vilas, criando-se diferentes relações. Nessa expansão, as cidades podem romper com sua identidade inicial, compondo novas organizações com diferentes características e possibilidades, manifestas em nova identidade, mas como unidade de uma mesma classe a partir da unidade original, embora distinta do seu ponto de partida. O fluir histórico constitui um mecanismo de explicação do

presente (MATURANA; DÁVILA, 2009). Essa afirmação deve ser considerada ao se repensar as cidades.

Na perspectiva da autopoiese, uma unidade de modelo e um procedimento de projeção podem gerar cópias sucessivas historicamente relacionadas (essa dinâmica é conhecida como uma cópia). Nas cidades, cada espaço de novas convivências pode ser referenciado a alguma forma das unidades existentes. A partir dessa historicidade relacionada, ocorre o fenômeno da hereditariedade – algumas configurações estruturais reaparecem nas novas organizações que constituem a cidade. Os aspectos identificados como diferentes da unidade original são chamados de variações reprodutivas, dando início à história individual, contendo semelhanças e diferenças. Essas semelhanças e diferenças, por sua vez, podem ser conservadas ou perdidas, de acordo com as circunstâncias de cada ontogenia.

Os fenômenos sociais são considerados por Maturana e Varela (1997) como unidade de terceira ordem, podendo ser percebidos a partir da ontogenia das mudanças estruturais das unidades autopoiéticas acopladas, em que os "[...] organismos participantes satisfazem suas ontogenias individuais" (p. 216). Tornam-se um acoplamento social em decorrência das interações entre as unidades autopoiéticas que assumem um caráter recorrente por meio da comunicação, constituindo uma classe particular de condutas.

O ciclo de vida dos sistemas autopoieticos, independentemente do tamanho e do aspecto, passam pelas mesmas etapas: partem de uma célula inicial, e em seguida o processo de divisão diferencial da célula gera um indivíduo de segunda ordem, por meio de um acoplamento entre as células. O indivíduo formado possui uma ontogenia que o leva à etapa reprodutiva seguinte (MATURANA; VARELA, 1997).

Para aplicar esse conceito ao planejamento urbano, tome-se como exemplo a metropolização das cidades europeias e a megalopolização de cidades latinoamericanas, que partiram de um ponto inicial (unidade) e se transformaram no tempo de acordo com seus ciclos históricos. No conceito de autopoiese, transformaram-se dentro do seu limite de operações, dentro da clausura operacional e em processo de expansão e mudanças contínuas. Maturana e Dávila (2009, p. 298) reforçam que "[...] tudo o que ocorre na realização do viver de um ser vivo é modificável", o que pode ser verificado ao se observar o ciclo de vida de um organismo vivo. Como organizações sistêmicas, as cidades estão em permanente desenvolvimento e tendem à entropia continuamente; ao mesmo tempo, apesar da desorganização, têm capacidade de auto-organização, o que as caracteriza como orgânicas e vivas. No campo do Planejamento Urbano, o movimento da auto-organização para evitar a entropia pode ser identificado nas discussões pela busca da sustentabilidade urbana, pela

durabilidade da integridade do urbano. Acselrad (1999) compreende o discurso da sustentabilidade urbana em três perspectivas: tecno-material, qualidade de vida e das políticas urbanas.

A busca da sustentabilidade pela representação tecno-material das cidades, segundo Acselrad (1999), tem como referência os modelos de racionalidade ecoenergética ou de metabolismo urbano. Nas duas referências, as cidades são vistas a partir da capacidade de contínua oferta de materiais e energia, sob a perspectiva eficiente de seu uso, pela conservação dos estoques e redução de volume de rejeitos. A cidade é vista como um local de crescente entropia, sendo o Planejamento Urbano um dos mecanismos para a minimização da degradação energética por meio de uso de tecnologias poupadoras de espaço, matéria e energia, pela educação ambiental e consciência ecológica e pela regulação das cidades (ACSELRAD, 1999). Essa visão considera que as cidades que almejam um futuro sustentável devem promover a produtividade urbana e fortalecer as vantagens competitivas, sendo o mercado o melhor instrumento para atingir a sustentabilidade. Essa visão é contra-argumentada pelo entendimento de que "[...] o que é bom para o planeta não seria o melhor para a cidade" (Idem, p. 83), e é inconcebível ter cidades sustentáveis restringindo "[...] raios de abrangência dos fluxos de matéria e energia requeridos pelo desenvovimento urbano ao espaço circunscrito das cidades" (Ibidem, p. 84), visto que uma cidade, dificilmente, terá condições de produzir todos os recursos necessários para as suas funcionalidades.

A sustentabilidade das cidades baseada na 'qualidade de vida', segundo Acselrad (1999), é sustentada pelos componentes não materiais da vida cotidiana da população. Considera-se o patrimônio das cidades o seu caráter, sua identidade, valores e heranças constituídos ao longo do tempo. Ou seja, o seu patrimônio biofísico, estético e cultural, que fortalece o sentimento de pertencimento dos habitantes da cidade e que podem ser utilizados para atrair capitais, na competição global. Essa percepção da sustentabilidade, segundo Acselrad (1999), pode articular a eficiência econenergética e a qualidade de vida em prol das cidades autosuficientes, entretanto esse entendimento não é consensual entre os estudiosos que atribuem ao mercado livre e à globalização a autonomia energética e o equilíbrio das economias locais.

A legitimação das políticas urbanas, de acordo com Acselrad (1999), seria uma das abordagens para promover a sustentabilidade urbana por meio da oferta de serviços urbanos em relação à quantidade e qualidade das demandas sociais, de forma que favorecesse o equilíbrio no atendimento às necessidades cotidianas da populacão. Por meio da legitimação das políticas urbanas seria possível favorecer a sustentabilidade tecno-material e de qualidade

de vida, enquanto a insustentabilidade estaria na "[...] incapacidade de imprimir eficiência na administração dos recursos públicos ou, por outro, a indisposição para democratizar o acesso aos serviços urbanos" (ASCELRAD, 1999, p. 86).

Considera-se, assim, que as cidades podem ser compreendidas como organismos vivos em constante estado de transformação, podendo ser reproduzidas, copiadas ou adaptadas, buscando-se a manutenção da sua autopoiese para que se mantenham vivas e sustentáveis. Todas as mudanças nos organismos vivos estão "[...] limitadas pela conservação da sua autopoiese" (MATURANA; VARELA, 1997, p. 136). As transformações que os organismos vivenciam dependem da compatibilidade entre eles e do meio, para que se adaptem. Essa adaptação requer conservação da organização, o que constitui a sua ontogenia. Caso não ocorra a adaptação, o organismo perde sua autopoiese e morrerá, não sendo capaz de reproduzir-se e gerar novas linhagens. A sustentabilidade vista como a manutenção da autopoiese, não pode ser entendida como uma forma social durável. Para Acselrad (1999), as formas sociais são dinâmicas e diversas, assim como a duração dos elementos da base material do desenvolvimento, continuamente em movimento.

Ao mesmo tempo que ocorrem mudanças na organização também ocorrem mudanças no meio, promovendo-se variações e diversidades e, simultaneamente, a estabilização como resultado do processo de conservação da autopoiese. Essa variedade gerada distribui ramificacões, ou seja, novos organismos que se diferenciam da forma original, constituindo a variedade de sistemas. Cada sistema autopoiético se adapta de uma forma. A evolução dos sistemas não é determinística, pois combina inúmeras possibilidades que também não caracteriza probabilidade, mas variáveis que convivem interligadas e de forma harmônica. Como dizem Maturana e Varela (1997), a rosa de cinco pétalas está interligada ao camarão de água doce que está interligado ao executivo em Nova Iorque. Em outras palavras, os elementos estão interligados, podendo gerar maiores ou menores impactos, como a oferta de camarões de uma empresa exportadora, que pode afetar o desempenho das ações na bolsa de valores em Nova Iorque.

No conceito de autopoiese, os sistemas são autorreferenciados e caracterizados por sua distinção; nos sistemas sociais o elemento autopoiético (aquele que os mantém) se dá pela comunicação e pelas relações de interdependência entre seus componentes. É por meio da linguagem que se transmite a identidade, elemento fundamental para a manutenção do sistema - identidade que, nas cidades contemporâneas, segundo Hall (1992), é múltipla.

Diante dos principais conceitos expostos sobre a autopoiese, e correlacionando-os com as cidades, é possível concebê-las como sistemas vivos, dinâmicos e autônomos, que se

adaptam ao meio externo e interno e que estão em estado de mudança continuamente. Por meio de interações contínuas, buscam sua auto-organização para manter-se vivas na sua autopoiese (VIANNA; TAJRA, 2015). A teoria da autopoeise (MATURANA, 1997) considera que os seres vivos possuem uma estrutura complexa e relacional que está em estado contínuo de mudança. Por meio das interações, criam suas identidades e se mantêm vivos na sua autopoiese. As cidades são organizações sistêmicas, complexas.

O sistema autopoiético é simultaneamente aberto e fechado, realiza interações com o meio externo e readapta sua estrutura interna. Na aplicação social da teoria, o sistema social é diferenciado, internamente, em sistemas funcionais, e influências externas podem disparar modificações nesse processo, em essência autorreferenciado, com resultados que não podem ser determinados a priori. O sistema mantém-se vivo e em funcionamento a partir de sua capacidade de autoprodução ou de autoconstrução, ou seja, a partir da interação entre os vários elementos que compõem a sua estrutura autônoma autopoiética. A recorrência das interações dos elementos de um ser vivo permite que ele se adapte às circunstâncias e ao contexto, o que permite sua conservação e adaptação pelas possibilidades que lhes são inerentes: a autorregulação e a homeostase, na busca de um equilíbrio a partir de movimentos recorrentes que de alguma forma irão identificá-lo (MATURANA, 1997).

Também é possível afirmar que uma cidade é um organismo vivo formado, como caracterizado por Rolnik (2003), a partir de um ponto inicial de aglomeração de indivíduos que realizam atividade econômica e lhe conferem identidade, simbolizada e reforçada, dentre vários elementos, pela linguagem arquitetônica, pelas relações políticas e pela forma como as relações de mercado são operadas, tendo como referência a atuação de seus indivíduos, que caracterizam sua identidade.

Por serem as cidades organismos vivos, seus elementos irão interagir entre si e com o meio externo, o que ocasionará contínuas modificações na sua própria estrutura e na sua operação de funcionamento. Considerar as cidades organismos vivos pressupõe que possuem vida, logo possuem também um ciclo de vida, passando, ao longo da sua existência, por diferentes fases, de crescimento e desenvolvimento, ou de involução. Aquelas cidades que se mantêm vivas passam, ao longo da sua existência, por diferentes transformações que constituirão suas diferentes identidades, representadas em imagens e símbolos, por vezes em denominações. Dessa forma, adaptando-se ao meio externo e reformulando seu ambiente interno, as cidades mantêm sua autopoiese.

A percepção das cidades como organismos vivos orientaria um planejamento urbano dinâmico, flexível e adaptável para atender às diferentes demandas decorrentes do processo

contínuo de mudanças e transformações. Isso reforçaria que não existe um único direcionamento padrão para realizar o planejamento, como apontam Arantes, Vainer e Maricato (2013).

3.3 Cidades: fenômenos sociais autopoieticos

A partir dos conceitos apresentados sobre a autopoiese e algumas menções citadas no tópico anterior cabe reforçar o que se compreende ser um fenômeno social na perspectiva de Maturana e Varela, o modo como as cidades se constituem, tendo como fundamento essa teoria e como esse conhecimento pode favorecer o Planejamento Urbano tendo por referência o Programa Cidades Saudáveis (OMS).

Na produção acadêmica de Humberto Maturana e Francisco Varela, observa-se que os autores recorrem continuamente à busca incessante das relações baseadas no amor como uma forma de se obter a harmonial social. Entendem que o amor é a fonte de socialização humana e que a racionalização é a fonte da alienação. Também defendem a ideia de que a socialização efetiva somente se dá por meio da espontaneidade oriunda das relações de amor. A socialização ocorre por meio da linguagem utilizada nas interações recorrentes que possibilitam o viver juntos, a conservação das organizações e suas respectivas adaptações.

O amor entendido por Maturana (1997) corresponde às relações de respeito, cooperação, colaboração. A competição é considerada antissocial e implica negação do outro, reduzindo as circunstâncias de coexistência e de criatividade para se lidar com os problemas sociais. Para Maturana (1997, p. 83) "[...] os fenômenos sociais são fenômenos de coexistência, de vida conjunta em um domínio de coordenações de comportamentos nos quais a vida dos participantes está envolvida". Para utilizar esse entendimento no contexto desta pesquisa, há que se considerar que o amor descrito por Maturana corresponde à busca do bem-estar e de qualidade de vida pela população de um determinado espaço; entendendo-se que esses dois objetivos correspondem aos propostos pelo Programa de Cidades Saudáveis (OMS, 1995). Logo, nessa perspectiva as interações recorrentes entre os atores sociais que atuam ativamente no planejamento urbano das cidades deveriam ser norteadas por esses objetivos.

Os sistemas sociais, segundo Maturana (1997) engendram os fenômenos sociais na vida cotidiana. Eles são formados por seres vivos que interagem recorrentemente, constituindo uma rede de ações coordenadas nas quais eles se realizam a si próprios. A organização de um sistema constitui-se na configuração de relações entre os componentes, definindo assim a sua

identidade. Por analogia, o mesmo ocorre com as cidades, que apresentam múltiplas identidades, configuradas em decorrência das relações existentes entre seus componentes. Com base na teoria da autopoeise, a transformação da cidade ocorreria com a mudança no comportamento dos indivíduos de forma coordenada, conforme o contexto de cada sistema social e das interações estabelecidas entre os indivíduos.

Pela observação circular proposta por Maturana (1997, p. 195), o ser humano individual é social e o ser humano social é individual. A estrutura de uma cidade é resultado de sua história, e a situação em que está é resultado dessa história que se transforma a todo momento.

Os sistemas sociais humanos são passíveis de serem entendidos a partir dos conceitos da teoria da autopoiese, tais como: conservação, adatapção e conduta. Na continuação deste texto, apresentam-se algumas reflexões com o propósito de gerar essa interface conceitual com as cidades, questionando as relações do viver da vida cotidiana.

Os sistemas sociais humanos, sistemas autopoieticos "[...] que não incoporam a conservação da vida de seus membros como parte de sua definição operatória como sistema, não constituem um sistema social" (MATURANA, 1997, p. 200). Será possível dizer que, se as cidades do século XXI não se adequarem para conservar suas relações, tendem a se desintegrar É possível dizer que é isso que se observa na prática.

Cada sistema social distingue-se pelas características da rede de interações que realiza e de acordo com as condutas que os membros adotam em seus comportamentos. Essas condutas estão de acordo com o que se espera, com o que foi definido como resultante das relações entre os componentes (MATURANA, 1997). Seria possível afirmar que as leis, normas e regulamentos definidos para uma cidade, seus componentes, são uma das formas para definir suas condutas. Entretanto, a formalizacão ou os acordos e regras tácitas e subjetivas não são suficientes.

De acordo com Maturana (1997), todos os componentes de um sistema social são essenciais, não existindo componentes supérfluos. Considera-se que esse sistema social é composto por seres vivos que morrem, sendo substituídos por outros seres vivos. Os sistemas sociais estão sujeitos às mudanças provocadas pelos novos seres que irão reconstituir esse sistema social, inovando-o, visto que os membros de um sistema social entram e saem deles por diferentes motivos. As mudanças podem ser de diversas naturezas: de condutas (crenças e comportamentos), de propriedades (características que definem um sistema) e de estrutura (elementos constituintes de um sistema). É possível pensar que, a cada processo eleitoral, os novos governos seriam indutores de mudanças nas condutas e estrutura do sistema social de uma cidade. Ao mesmo tempo que todo sistema social muda, ele busca a conservação e

manutenção de seus componentes, da sua propriedade e estrutura como forma de manter a sua autopoiese.

Outra característica dos sistemas sociais segundo Maturana (1997) é que os componentes que os constituem não pertencem apenas a um sistema social. Os membros de um sistema social participam, simultaneamente, de vários sistemas sociais. Um gestor público, por exemplo, pode também ser membro de uma universidade. Isso significa que esses movimentos dos membros por diferentes sistemas sociais gera influências pelos sistemas em que ele transita (BOURDIEU, 1985).

Nos sistemas sociais humanos, as interações recorrentes ocorrem por meio da linguagem, que reflete e influencia o comportamento e conduta de seus membros. Essas interações devem ser cooperativas, para que o operar dos seres humanos seja mantido ao longo do tempo. É por meio da comunicação que os sistemas sociais humanos mudam, se conservam e se adaptam. A mobilidade dos seres humanos favorece a dinâmica do sistema social, bem como as reflexões que os fazem ver o mundo, aceitando-o ou rejeitando-o conscientemente. Seria possível pensar que, ao promover as trocas dos governantes de uma cidade os cidadãos estariam promovendo esse movimento circular de mudança e conservação, dando oportunidades para novas relações.

Como seres humanos, sistemas autopoiéticos, os indivíduos podem circular em diversos sistemas sociais ao mesmo tempo sem se desintegrarem. São compenentes de um sistema social que carrega consigo possibilidades de influenciar os demais componentes. São, ao mesmo tempo, influenciados e influenciadores.

Para Maturana (1997, p. 208) "[...] os problemas sociais são problemas culturais porque têm a ver com os mundos que construímos na convivência". Para esse autor, a solução está no domínio da ética, da seriedade frente a cada circunstância que aceita a legitimidade de todo ser humano, nas suas semelhanças e diferenças. No mundo em que vivem, as pessoas vivenciam conflitos e competição porque negam o outro. Os erros podem ser corrigidos somente se houver a intenção de corrigi-los (MATURANA, 1997). É responsabilidade do ser humano buscar a harmonia social e promover cidades melhores.

3.4 Planejamento Urbano: campo por natureza pertencente ao cenário de complexidade

É possível perceber que o campo teórico e prático do Planejamento Urbano, na perspectiva do programa Cidades Saudáveis (OMS, 1995) ou não, explicita as cidades como campo complexo. Os conceitos que fundamentam a proposta de Cidade Saudável

envolvem conhecimentos relacionados aos campos da saúde, educação, meio ambiente, arquitetura e urbanismo, sociologia, história, economia, direito, engenharia e administração, não havendo linearidade ou campo que atue isoladamente para o alcance da saúde de uma população. Ou seja, a proposta de Cidade Saudável integra esse campo complexo, como se todos os campos do conhecimento interagissem para atingir o objetivo comum do bem-estar da população.

A proposta do Planejamento Urbano de Cidade Saudável (OMS, 1995) é integrar, contrapondo-se à proposta, por exemplo, tecnicista e racional do urbanismo de Le Corbsier, que, tendo como referência a sociedade industrial, planeja as cidades como se fossem a estrutura de uma máquina, pensando e desenhando-as como grandes vias, em que as pessoas "escoam" por uma linha de produção para terem ganhos de produtividade atendendo às demandas de mercado. À semelhança da compartimentalização industrial, tais cidades são separadas por partes, por blocos residenciais, comerciais, industriais, como se constituíssem cubos que podem ser montados como uma engrengem, refletindo o conceito da fragmentação, separando os centros das zonas de subúrbio, rompendo as relações entre as pessoas pela hierarquia espacial. Essas cidades impõem circulações quotidianas mecânicas e frenéticas, promovendo uma vida artificial, conforme Corbsier (2000).

Como mencionado, o Planejamento Urbano é um campo complexo por excelência, e não uma disciplina. Esse é um dos paradigmas essenciais que rompe com as visões deterministas e estruturadas para entendimento desse campo. Desenvolver um Planejamento Urbano sem a percepção de sua complexidade significa cercear o pensamento democrático e as potencialidades humanas, criar políticas sociais redutoras e parciais (ALMEIDA, 2006, p. 23). Pela abordagem da complexidade, evita-se a visão especialista, alheia à dialógica e à ética da complexidade, que evita o pluralismo, os desvios e as contestações. Nesse contexto, os conhecimentos sobre o Planejamento Urbano não podem ser considerados como uma "propriedade imutável", com rigidez, sem que se considere o aperfeiçoamento que a humanidade usufrui ao longo da história (ELIAS, 2008). Ressalte-se que é preciso considerar a relatividade de cada momento de análise e abordagem, o contexto e as experiências transmitidas em cada sociedade.

Lacerda (2013) debate sobre o Planejamento Urbano, na sua complexidade, analisando as perspectivas dos paradigmas da multi, inter e transdisciplinaridade, apesar de não haver um consenso sobre a definição desses termos entre os estudiosos. Para essa autora, no Planejamento Urbano é possível perceber os três conceitos a partir das interações entre as disciplinas, porém em níveis de complexidade diferentes, sendo todos essenciais e necessários

para a solução de problemas complexos como os que envolvem esse campo do conhecimento, bem como para promoção das inovações necessárias.

A multidisciplinaridade, também denominada como pluridisciplinaridade, é considerada o primeiro nível de complexidade (LACERDA, 2013), e pode ser percebida nos processos de elaboração de Planos Diretores Municipais, que contam com a contribuição de várias disciplinas, mas preservam as fronteiras dos campos disciplinares. A multidisciplinaridade é a soma de saberes e métodos das diferentes disciplinas e práticas.

A interdisciplinaridade exige elevado nível de cooperação que vai além do escopo de qualquer disciplina. O equacionamento de um problema demanda efetivo intercâmbio entre os saberes, teorias e métodos entre as disciplinas. Para Lacerda (2013, p. 85), "[...] a interdisciplinaridade vem cumprindo uma importante função para o progresso disciplinar no âmbito das ciências sociais", favorecendo o campo do planejamento urbano, que tem caráter híbrido. Entretanto, a interdisciplinaridade continua inscrita na estrutura disciplinar e delimita o objeto para melhor "[...] compreendê-lo nas suas múltiplas determinações e mediações históricas" (p. 85).

O terceiro nível de complexidade destacado por Lacerda (2013) é a transdisciplinaridade, que propõe uma produção discursiva horizontal, não hierarquizada, entre os saberes disciplinares e sem quaisquer limites rígidos entre as disciplinas. O entendimento sobre as disciplinas inclui ao mesmo tempo 'entre', 'através' e 'além", constituindo a unidade do conhecimento, a lógica do terceiro incluído, em que prevalece o 'e', e não mais o 'ou', devendo ser incluído no dia a dia o 'pode ser', que transforma uma realidade complementar. A transdisciplinaridade caracteriza efetivamente a complexidade, que pode variar em níveis de realidade por parte do observador e da própria realidade em estudo. Lacerda (2013, p. 88) entende que a complexidade nutre-se da explosão da pesquisa disciplinar e que "[...] adentrar no Planejamento Urbano exige trabalho de equipe, de gente de muitas disciplinas, de muitos setores da sociedade, sob a orientação da prudência e humildade", da ética, dos princípios da equidade e da solidariedade. A transdisciplinaridade apoia-se en modelização e metodologia muito mais amplas e abertas, incluindo saberes não disciplinares, diferentes culturas, níveis de sujeitos e de realidade (LACERDA, 2013).

Com a proposição da teoria da complexidade desenvolvida por Morin (2015), que nasce na física e logo é transportada para outras áreas de conhecimento, constituindo uma rede solidária interligando saberes que se complementam, apresenta-se um quadro referencial para romper a valorização do paradigma cartesiano, que se funda na visão linear e no elevado grau

de especialização com críticas observáveis na teoria e prática do campo do Planejamento Urbano.

Neste sentido, Lacerda (2013) diria que o Planejamento Urbano permeia suas práticas e discursos disciplinares, integrando um conjunto de mediações de natureza, não apenas teórica, mas também política, social e cultural. Para Lacerda (2013), o observador que observa e os atores que atuam na formulação do Planejamento Urbano são indissociáveis de sua cultura, do saber sociológico, o que tem dificultado lidar com o princípio da disjunção, do entendimento das relações circulares, da indissociabilidade entre os conhecimentos e ações que unem as ciências humanas às ciências naturais e vice-versa. Segundo Lacerda (2013), o observador está limitado ao seu ponto de vista, à sua lógica, desejos, medos dos seus limites de conhecimento e da sua própria incerteza por não saber se a incerteza é sua ou daquilo que projeta no universo. Os sujeitos observadores têm diferentes níveis de percepção, também não sendo possível separar o indivíduo conhecedor e a realidade conhecida (LACERDA, 2013), prevalecendo o princípio da disjunção. Esse entendimento também é percebido por Maturana (1997) e Morin (2015).

Para Morin (2016), é impossível constituir uma visão do homem e do mundo a partir dos saberes fragmentados, como se fosse um quebra-cabeças que perde a visão global. Esse modelo, que valoriza o elevado grau de especialização, configura-se na forma de um triplo obstáculo ao conhecimento mais abrangente e próximo da realidade do mundo: enciclopédico, epistemológico e lógico.

No conhecimento especializado, os saberes produzidos não se articulam. Mantêm-se dissociados das estruturas dos conhecimentos, fragmentados em disciplinas e pulverizados em informações às quais não se permite o acesso ou integração, o que reforça e valoriza o reconhecimento do conhecimento especializado. Elias (2008, p. 544) comenta que "[...] mesmo uma declaração científica que pareça ser 'objetiva' ou 'verdadeira' é também 'subjetiva', isto é, uma declaração sobre objetos, de como eles se manifestam para um sujeito". Para Morin (2016), essa forma de entendimento fragmentado, especializado, objetivado sobre as ciências manifesta a crise da ciência do século XX. O pensamento complexo prevê a realização conjunta, o religamento, o rejuntar.

Quanto aos obstáculos mencionados, o saber lógico perde-se na impossibilidade de ser definido e hierarquicamente estruturado em sua complexidade, visto que existe uma relação de dependência mútua entre cada um dos elementos que constituem um fenômeno na sua complexidade. Não existe um lugar certo para cada variável, visto que

elas estão numa relação circular, podendo ocupar vários espaços ao mesmo tempo, conforme cada momento em que pode ser verificada. Conservar a circularidade significa perceber a relação de interdependência, em contraposição à disjunção subjacente no paradigma científico cartesiano.

O saber enciclopédico, por sua vez, considera que a totalidade é uma verdade, que o sistema está aprisionado e desartirculado. Para Morin (2016, p 33), há uma questão etmológica no entendimento do enciclopedismo como acumulação e alfabetização, pois, no real sentido da palavra, 'en-ciclo-pédia' significa "aprendizagem que coloca o saber em ciclo". O princípio organizador do conhecimento deve articular o que está separado e tornar mais complexo o que foi simplificado, a fim de "[...] superar a ditadura da simplificação disjuntiva e redutora" (*Idem*, p. 34), "reorganizando o nosso sistema mental para reaprender a aprender" (*Ibidem*, p. 35).

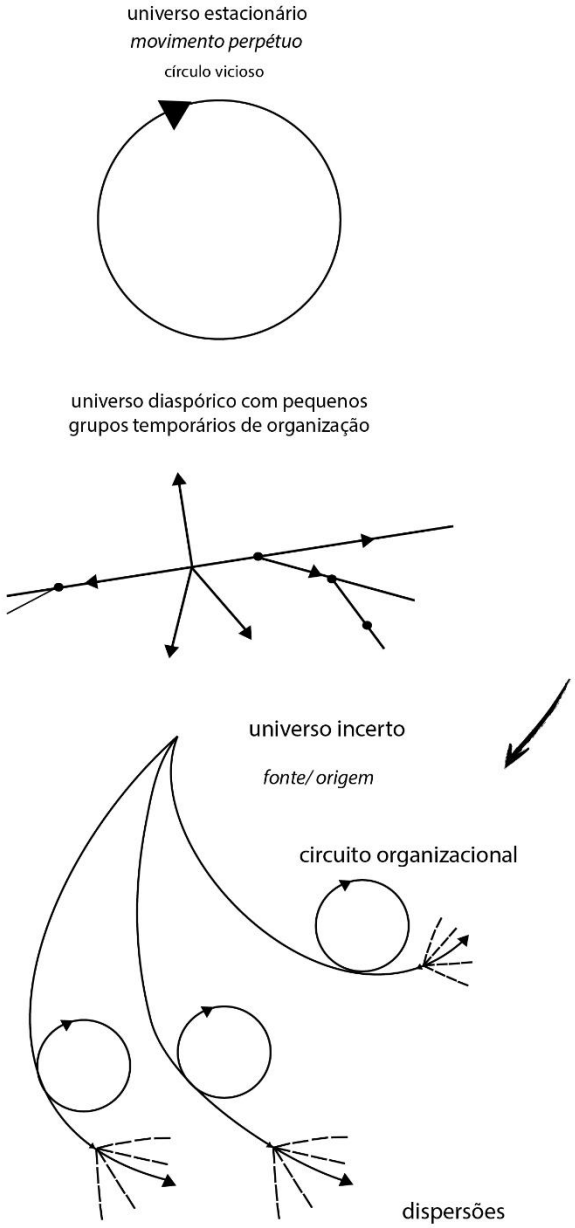
Para Elias (2008, p. 544) "[...] na aquisição do conhecimento, nenhum ser humano pode ser considerado um ponto de partida". Issso porque os seres humanos estão sobre os outros, de quem aprendem um cabedal de conhecimentos adquiridos, e porque, se possível, devem ampliá-lo. O conhecimento é constituído de forma circular e espiral, cresce continuamente, sem limites, num aperfeiçoamento e avanço contínuos.

Desse modo, a teoria da complexidade considera que a busca da ciência não deve ser guiada pela procura de uma única resposta científica, mas revelar as possíveis respostas que consideram a complexidade dos fenômenos. Do mesmo modo, não se busca um saber geral e nem a teoria unitária, como ocorre na ciência que consolida a ciência disciplinar. Retomando essas questões para o campo do Planejamento Urbano, não é possível pensar numa única solução, proveniente de um único saber, pois não há um modelo padrão e único para se planejar uma cidade. O conhecimento, nesse campo, certamente é cíclico, não pode ser percebido como um tipo de teoria unitária, sintética na sua totalidade, baseada num sistema racionalizador e ordenador. Como mencionado, Silva (2006) aponta que a complexidade é inimiga da simplificação, dos princípios finalistas, da lógica cartesiana, orientações que mutilam e dilaceram os fenômenos e que promotem utopias racionalistas para um paraíso cientificamente insustentável.

O campo do Planejamento Urbano é por natureza incerto, não simplificável e confuso, sendo essa característica uma virtude que oferece a possibilidade de novas reflexões, favorecedoras de um pensamento relativista, relacionista e autoconhecedor para cada realidade a ser planejada. Essas características prefiguram a complexidade. A certeza da ciência é um dos principais temas questionados, pois por si só ela é considerada incerta.

A complexidade rompe os modos fundamentais do pensamento simplificador que se baseiam na idealização de uma realidade, na racionalização que enclausura a realidade na ordem e na coerência de um sistema e na normalização que elimina o estranho. O método do pensamento complexo considera que um caminho pode ser elaborado enquanto se caminha. O método propõe rejuntar as informações e conhecimentos ao contexto pelos movimentos circulares, que se retroalimentam e se transformam, como se constituíssem um *looping* autoprodutivo em que "[...] o produto é ele próprio produtor, o efeito é a própria causa" (MORIN, 2006, p. 14), conforme demonstrados na figura 3.

Figura 3 - Movimentos circulares nos sitemas complexos baseado na teoria da Complexidade de Edgar Morin (2016)



Fonte: Morin, 2016, p. 91.

Para Morin (2015), a complexidade pode ser definida como um fenômeno quantitativo denso, em que diversas unidades se interrelacionam e se interferem mutuamente, tendo a incerteza, a indeterminação e aleatoriedade como elementos constitutivos, formando um sistema "semialeatório" em que a ordem é inseparável dos acasos que lhe dizem respeito, numa "certa mistura de ordem e desordem" (MORIN, 2013, p. 52). Este mesmo autor aponta que o desafio do pesquisador que aborda um tema sob a ótica da complexidade é "entrar na caixa preta", considerar a complexidade organizacional e lógica, aceitando a imprecisão e

contradição e incluindo em seus elementos de avaliação a subjetividade. Talvez Castro, Carvalho e Almeida (2006) possam dizer que Morin estimula uma utopia de uma possível democracia cognitiva dos saberes.

O pensamento de ordenação é preconizado por físicos (Kepler, Newton, Laplace), que consideravam que as estrelas obedeciam a uma mecânica e que estavam estruturadas como um relógio, com sua engrenagem pré-estabelecida e certa, desconsiderando os princípios da termodinâmica da dispersão, do desgaste e da degradação. Elas estavam organizadas de tal forma que permitiam a reconstrução dos acontecimentos passados e a previsão dos acontecimentos futuros, pois os fenômenos físicos eram determinísticos. A Lei da Natureza era considerada absoluta e imutável (MORIN, 2016).

Ao longo do século XIX, físicos e químicos estudiosos da termodinâmica observam os efeitos da energia em sistemas fechados e percebem o princípio da degradação, também chamado de entropia, podendo ser uma degradação de energia, de ordem e de organização. A heterogeneidade constitui a ordem de um sistema, e o número de configurações que os elementos de um sistema podem assumir são imensos, o que remete a uma compreensão probabilística dos fenômenos físicos, que será depois aplicada também aos fenômenos sociais. A entropia passa a ser percebida na ciência como um progresso que rompe o entendimento da ordem pré-definida e totalmente controlada. É inerente a quaisquer sistemas e seres organizados, nos sistemas abertos e fechados, nas organizações vivas. É necessário entender seu contexto, para entendê-la e recuperar um organismo isoladamente. Para Morin (2016, p. 98), "[...] nenhuma coisa organizada, nenhum ser organizado pode escapar da degradação, da desorganização, da dispersão. Nenhum ser vivo pode escapar da morte". Ao mesmo tempo, viver é um processo de rejuvenescimento permanente e os indivíduos morrem de tanto se rejuvenescer (MORIN, 2006).

O pensamento complexo de acordo com Morin (2016) é percebido na física a partir de 1923, com as descobertas astronômicas que apresentam que o universo está numa expansão infinita, o que arruina o pilar físico da ordem de criação do universo. A análise não passou a considerar que a ordem não é mais uma alternativa, mas que a ordem e a desordem estão interligadas, complementam-se, pois são fenômenos organizadores e desorganizadores. Ou seja, a ordem é resultado de uma organização da desordem e a desorganização demanda uma organização. "A desordem pode transformar-se espontaneamente em estrutura, ou forma organizada" (MORIN, 2016, p. 60). Neste mesmo sentido, pode-se observar que a ruptura de um pensamento antigo constitui uma nova forma de pensar e perceber os diferentes fenômenos que acontecem de forma cíclica e com movimentos, não sendo possível a

definição de uma hierarquização. A complexidade lida, simultaneamente, com dispersão, organização, desordem e ordem, com uma visão complementar e não excludente.

Da mesma forma que na cosmogênese, nos fenômenos sociais não existe uma única desordem (MORIN, 2016). Como exemplo, as desordens nas cidades, que podem ser percebidas sob inúmeros aspectos: pelas desigualdades sociais, pela agitação dos fatos e ocorrências, pelas turbulências econômicas, pela aleatoriedade dos acontecimentos, pela ruptura de valores e crenças, pelas catástrofes ambientais, pela instabilidade das estratégias, pelo desequilíbrio das oportunidades, pela difusão das informações, pela dispersão dos interesses, pela retroação favorável a alguns atores ou pela evolução dos processos organizativos da sociedade. A ordem sugere atender às demandas dessas desordens. As abordagens, os caminhos e proposições para um Planejamento Urbano que favoreça o bem-estar da população pela ótica da complexidade, dependerão das desordens percebidas em cada cidade.

Retornando à teoria de Morin (2016), desordem e ordem interagem num circuito por meio de interações entre os elementos que os constituem, variando de acordo com as condições desses encontros e da natureza desses elementos, originando organizações. Quanto maior for a diversidade e a complexidade dos fenômenos que interagem, mais ampla será a diversidade e a complexidade dos efeitos e transformações resultantes dessas interações (MORIN, 2016, p. 72). Essa amplitude da complexidade também é percebida nas cidades: quanto maiores, mais complexas (HALL, 2013). Se o problema de uma organização é complexo, quando se tem um conjunto de organizações que interagem a complexidade torna-se ainda maior. Tem-se como pressuposto que esse é o caso das cidades, o que pode ser percebido no ato de planejar o urbano.

As interações entre a ordem e a desordem geradoras de uma organização são ilimitadas de possibilidades e de variedades, são aleatórias e cada vez mais ricas e complexas. As relações entre a ordem e a desordem ocorrem uma em função da outra, dando sentido entre si, promovendo as mudanças dentro da própria organização, caracterizando assim sua capacidade de transformação interna, sua morfogênese. Entre as interações da ordem e da desordem que constituem a organização ocorrem processos de desintegração, de separação, de oposição, ou seja, de caos, que lida com os antagonismos, com as contradições e com as concordâncias e discordâncias. Podem parecer irracionais essas colocações, mas Morin (2016) aponta: mais irracional era o antigo modo de ver o universo, como um sistema mecanicista, determinístico, sem acontecimentos incertos, sem inovação. Nessa perspectiva, e olhando para o Planejamento Urbano, Vainer (2013) faz uma crítica da prática que vem sendo implementada no Brasil e na America Latina, por meio de agências

multilaterias para a implementação do planejamento estratégico como receituário neoliberal da cidade como mercadoria, tendo como referência a experiência realizada em Barcelona, que utilizou a lógica da *city marketing*. A lógica utilizada por essas agências, segundo Vainer (2013), não considera o entorno social, econômico, cultural e político das cidades latinas e brasileiras. A cidade é tomada como um objeto passivo que deve assumir uma nova identidade: a de empresa, que se torna uma mercadoria de luxo destinada a grupos de elite, como se as relações numa cidade fossem livres do acaso, sendo possível fazer as previsões e livrá-las dos imprevistos, como se as relações fossem determinísticas (VAINER, 2013).

A regressão das certezas está numa relação direta com a incerteza de um diagnóstico do passado e futuro do universo. Isso significa que o conhecimento é ambíguo, rico de possibilidades e que se transforma e se relativiza, reside na necessidade do princípio da complexidade, que busca o entendimento das inter-relações, das interações e da interdependência das ideias de ordem, desordem e organização em circuito, não se fechando numa explicação autosuficiente.

A desordem pode ser percebida de diversas formas, assim como a ordem. A ordem não é única, nem eterna. Quanto mais rica é uma organização, mais ela é rica em desordem e mais a desordem comporta a ordem, e vice-versa (MORIN, 2016). A ordem por ser vista como uma estruturação organizacional, como um momento de estabilidade, de ocorrências regulares, de fases dos diferentes ciclos, de repetição de fatos, de regulações, de busca pelo equilíbrio, de reparação de problemas situacionais, dentre várias outras formas de ser conceituada. A ordem só existe porque as ideias interagem e se transformam em organização que se desordena, que volta a interagir para atingir a ordem e constituir uma organização. A ordem, na sua unidade, é complementar, concorrente antagônica à própria desordem organizacional.

Outra ruptura apontada por Morin (2016) emergiu com o universo dos sistemas, descrita por físicos, químicos, astrofísicos e biólogos, tendo estes últimos revisado a ideia dos sistemas vivos, também inserida na Sociologia, que passou a considerar a sociedade como um sistema. A partir da década de 50, esse entendimento foi potencializado com as contradições percebidas na teoria da cibernética. Para Morin (2016, p. 128), "[...] em todos os horizontes físicos, biológicos, antropossociológicos, o fenômeno sistema se impõe". A organização é um sistema que é efetivado pela interação onde se encontram as ideias do caos, da desordem, ordem e transformações contínuas constituindo a sua complexidade.

Na natureza existem inúmeros sistemas que estão encadeados, com sobreposições e superposição, um implicando e embricando com os outros, numa relação de interdependência. Por exemplo: um estado no Brasil pode ser considerado um sistema constituído por

subsistemas de municípios que incluem diferentes subsistemas de bairros compostos pelos subsistemas de casas, que são compostos por subsistemas famílias e que são estruturados no subsistema indivíduo. Ou seja, um estado é constituído por sistemas de sistemas. Para Morin (2016, p. 131), um sistema pode ser entendido "[...] como unidade global organizada de inter-relações entre elementos, ações e indivíduos".

Os sistemas podem ser categorizados em subsistemas (subordinação em relação ao sistema de que faz parte), suprassistema (sistema que controla outros sistemas, mas sem integração entre ambos), ecossistema (ambiente em que o sistema está envolvido) e metassitema (engloba dois sistemas citados anteriormente, mas independentes). Essa categorização é didática, pois na prática essas fronteiras não são claras, podendo variar entre si de acordo com a visão do observador, que irá variar também de acordo com seus interesses de observação. Logo, o objeto em análise está inter-relacionado com o observador, que comporá um conhecimento sobre a organização que contitui o sistema. Um sistema não é redutível às suas unidades elementares; é uma unidade complexa que convive com a "[...] relatividade, dualidade, multiplicidade, cisão e antagonismo" (MORIN, 2016, p. 185).

Neste sentido, "[...] não basta associar inter-relação e totalidade, é preciso ligar totalidade à inter-relação por meio da ideia de organização" (MORIN, 2016, p. 131). Uma inter-relação regular e estável adquire um caráter organizacional e produz um sistema. Logo, é preciso ampliar o entendimento para um conceito tríplice que integre a inter-relação, a organização e o sistema.

Na visão sistêmica, mesmo uma unidade elementar é complexa, a soma das partes unitárias vai além do "todo", os sistemas são ambíguos e transdisciplinares, e sua amplitude se estende a todo o conhecimento (MORIN, 2015, p. 20). As partes podem ser entendidads somente se ocorrer o entendimento do todo e por intermédio do todo, que é mais do que a própria parte. Ao se conceber um sistema, a ideia de unidade pode ser difícil de ser percebida, seja pela visão reducionista que só vê os elementos constituintes de um sistema, seja pela visão holística, que só vê o todo. Na campo do Planejamento Urbano, pode-se interpretar que uma ação tomada para resolver um problema deve estar associada a uma estratégia maior, não bastando apenas pequenos passos para resolver efetivamente um problema. Também não cabem macroestratégias, se elas não estiverem associadas a ações operacionais e locais. Da mesma forma, é possível verificar que, em alguns sistemas, algumas partes podem gerar constrições e restrições que inibem o sistema, a ponto de arruiná-lo. Assim, é possível dizer que o todo é menor que a soma das partes.

A inter-relação entre o todo e a parte é explicada pelo princípio da inteligibilidade, em que não deve haver um aniquilamento do todo pelas partes e das partes pelo todo. A descrição de uma parte depende da descrição do todo, que depende da descrição das partes, constituindo

um conceito complexo circular. Ou seja, ao mesmo tempo que estão interligados, suas particularidades, que os identifica, podem estar ocultas "[...] no interior do sistema em decorrência de possíveis contrições, inibições e transformações da organização que o todo opera" (MORIN, 2016, p. 157). A visualização de uma parte isoladamente caracteriza um sistema fechado e autônomo, entretanto ele deve abrir, pois a autonomia é relativa, visto que está condicionada ao meio no qual está inserido e a sua relação com o tempo e com o observador. Voltando ao tema deste trabalho: não basta olhar no dicionário os significados das palavras que constituem uma frase citada num relatório sobre Planejamento Urbano; elas só farão sentido se a leitura do texto for completa. A concepção da totalidade é frágil e incerta, e não é suficiente por si só, pois o todo não é todo na sua totalidade. Morin (2016), como Maturana e Davila (2009), reforça que os sistemas são abertos e fechados ao mesmo tempo. O isolamento de um sistema fechado é abstrato, e e operado somente pelo observador.

Se um sistema é constituído pelas inter-relações dos elementos de uma organização, é possível afirmar que todo sistema é uno e múltiplo (MORIN, 2016, p. 146), caracterizado pela sua diversidade, que o torna uno. Certamente caracterizará um problema complexo, em que existe complementariedade e antagonia entre a diversidade e a unidade, entre a ordem e a variedade. A variedade é essencial para a sobrevivência do sistema, mas também o exagero de uma diversidade pode dispersar o sistema; em contrapartida, o exagero da ordem pode estrangular as possibilidades de uma diversidade. O aumento de complexidade num sistema é consequência do crescimento de variedade em seu núcleo, o que demanda que a organização se flexibilize e se transforme.

O uno tem uma identidade múltipla, tem a sua própria identidade e participa da identidade do todo (MORIN, 2016). Um exemplo: se em uma cidade um bairro italiano tem uma identidade que o caracteriza, ao mesmo tempo tem uma outra identidade quando constitui uma parte de uma cidade. Ao mesmo tempo, cada bairro de uma cidade complementa o outro bairro, com oferta de diferentes serviços. Numa percepção sistêmica, as partes são organizadas de maneira complementar na constituição do todo, e essa complementariedade ocorre por meio de interações, ligações que instituem uma parte comum, associações e combinações de atividades complementares, comunicações informacionais. Ao se analisar uma cidade, na perspectiva de um planejamento urbano e visualizando a mobilidade urbana, é possível dizer que a organização de um sistema viário constitui parte da cidade e possibilita que os serviços culturais sejam alcançados (ou não) pela população, o que, por sua vez, favorece a inclusão social dos idosos que vivem isolados, diminuindo as doenças mentais, as quais são comunicadas por meio dos programas sociais de cada localidade. Verifica-se que o conhecimento dito especializado de cada área complementa o da outra área,

como no exemplo citado que permeia o transporte, a cultura, o social, a saúde mental e o sistema comunicacional.

A organização das complementaridades que constituem um sistema revela-se antagônica. O princípio do antagonismo sistêmico ao mesmo tempo cria e elimina o antagonismo. Para não se dispersar, por meio das forças antagônicas é que se busca atingir o equilíbrio do sistema. Esse princípio é muito valorizado na constituição de equipes de trabalho. Imaginem-se vários atores discutindo o planejamento urbano de uma cidade: a diversidade dessa equipe e o modo como as pessoas se relacionam constituirão a sua identidade. Ao mesmo tempo, na diversidade existem forças contrárias, dissonantes, opostas, que geram instabilidades e oscilações incessantemente, além de contar com forças que sugerem a harmonia e a funcionalidade. Essas forças geram uma desorganização, que favorecerá uma nova organização. Para lutar contra o efeito desintegrador dos antagonismos, sugere-se integrá-los, regenerá-los, criar defesas contra agressões exteriores e interiores e multiplicar as taxas de reprodução, que devem se sobrepor à taxa de desintegração (MORIN, 2015). Esses conceitos são facilmente percebidos nos sistemas vivos que estão continuamente na dualidade entre a vida e a morte, cabendo aos sistemas criarem condições para sua subsistência.

Para Maturana e Varela (1995) a circularidade está presente nos sistemas vivos por meio das contínuas interações que ocorrem entre seus elementos. Isso significa que estão em estado de mudança a todo momento, o que não significa que não estejam também em busca do equilíbrio. Para estes autores, o equilíbrio nos sistemas vivos não é visto como um estado de inércia, mas como um processo de regeneração para a sua própria manutenção, sobrevivência. Como mencionado, todo sistema é uma organização que atua a todo momento contra a antiorganização, a desordem, a degradação, contra os processos de entropia. Cabe ao sistema vivo criar seus mecanismos de sobrevivência e de constituir novos sistemas a partir dessa base.

Na complexidade segundo Morin (2016) não existe desenvolvimento linear, pois sempre se conviverá com a circularidade dos movimentos incertos, desiguais e caóticos. Quanto mais um sistema complexo se desenvolve, mais complexo ele fica, pois a incerteza no conhecimento aumenta, a contradição lógica fica mais presente e a interação entre o objeto e o observador aumenta mais, não favorecendo o pensamento simples, mas sim a complexidade propriamente dita. O pensamento simples, na complexidade, ocorre somente em um momento de abstração por parte do observador que, por algum motivo, necessita manipular a complexidade. A teoria da complexidade supera a teoria do sistema a partir do momento em

que considera as interações em todas as suas possibilidades duais. Para Morin (2016, p. 188), "[...] a complexidade encontra-se na base de todas as coisas que constitui um dispositivo que comanda o mundo".

Diante do exposto, percebe-se que as cidades são complexas, integram o objetivo e o subjetivo, e assim deve ser considerado o Planejamento Urbano. Não é possível avaliar as cidades apenas pela objetividade, pois sua lógica não se baseia apenas na ordem. É na desordem que nova ordem é alcançada, que gerará a desordem, num movimento contínuo crescente na busca da ordem, de forma viva, em movimento contínuo. No processo de ordem e desordem também se busca continuamente o estado de homeostase como forma de assegurar a identidade desejada. A complexidade lida com o problema da contradição, em que a "[...] relação entre a parte e o todo não é apenas a parte que está no todo, mas o todo que está igualmente na parte, como no holograma em que cada ponto contém a totalidade" (MORIN, 1996, p. 14). Como menciona Almeida (2006), um copo de vinho do Porto tem a história do Cosmos, cuja unicidade é encontrada apenas na região do Douro. A ideia de holograma remete à recursividade, à ideia dialógica, à causalidade circular espiral, ao processo de *feedback*.

As cidades, saudáveis ou não, podem ser percebidas como organismos vivos e de "alta complexidade", em função de apresentarem as características da complexidade estabelecidas por Morin (2015, p. 37) para os sistemas, tais como: "[...] desenvolvimento da sua autonomia, individualidade e riquezas nas relações com o ambiente, atitudes para a aprendizagem, inventividade, criatividade, etc." No entanto, o diferencial da proposta percebido nesta pesquisa da Cidade Saudável (OMS) está em romper com a simplificação e reducionismo para o campo específico do "setor saúde" e articular ao pensamento a organização das cidades. A proposição, de acordo com o referencial teórico utilizado neste estudo, combina inúmeras áreas do conhecimento científico e prático de forma inter-relacionada, mas não numa relação de causa e efeito, pois convive com a incerteza, os acasos e as contradições da ordem e da desordem, não sendo possível uma definição precisa para as múltiplas possibilidades de sua implementação, mesmo para sua menor unidade de observação, pois necessitará adequar-se ao contexto como fator a ser considerado. No entanto, ao propor o conceito de cidade saudável e ordenar seus princípios e regras, orientando caminhos para sua operacionalização, o campo da saúde entra em conflito com outros campos do conhecimento que tomam a cidade como objeto, mesmo que os objetivos finais se assemelhem: aprimorar a qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos e das populações.

A dificuldade de perceber e operacionalizar a Cidade Saudável como campo complexo está no paradigma científico que erige barreiras entre as áreas de conhecimento, mantendo-as refratárias para a capacidade de integração, articulação e reflexão sobre seus próprios

conhecimentos, definindo e defendendo limites de atuação para o exercício do poder sobre um campo de atuação.

Como reflexo dessa construção do saber e do fazer fragmentado, a metodologia científica ainda valorizada em vários campos é reducionista, valoriza as quantificações, a lógica homeostática, possui repulsa pela contradição e pelas não certezas (MORIN, 2013). Qualquer demonstração de imaginação e iluminação é tratada com desconfiança. No campo do planejamento regional no Brasil, Brandão (2011) alerta sobre a necessidade de abordagens e ações sistêmicas, entretanto a ruptura de um patrimônio científico de mais de meio século não é algo trivial, não podendo ser um projeto individual ou um trabalho isolado de uma instituição para que possa ser acreditado e aceito.

A dificuldade de implementar a proposta das Cidades Saudáveis, por natureza interdisciplinar, intersetorial e agregadora, que tem por preceitos a gestão democrática e participativa e o empoderamento da sociedade, bem como uma relação entre o público e o privado centrada nas pessoas e no bem comum, gerou muitas transformações na proposta inicial. Embora na América do Norte e na Europa Ocidental as redes de Cidades Saudáveis tenham se desenvolvido, na América do Sul e Caribe as propostas se converteram em projetos espacialmente mais delimitados (territórios saudáveis, ambientes saudáveis: vilas, mercados, hospitais), não abrangendo toda a cidade, mas espaços territoriais (OPAS, 1996).

No campo teórico o planejamento de uma cidade saudável se dá na perspectiva da complexidade e demanda compreensão dos macroconceitos envolvidos, sem que seja preciso definir as fronteiras entre os conceitos, pois eles são fluidos, se interpenetram e se integram. Entretanto, pode ser definido o centro, ou seja, um ponto de partida, desde que esteja claro o seu relacionamento com os macroconceitos. O centro das Cidades Saudáveis está relacionado ao objetivo da saúde, que é atingir o bem-estar da população, evolvendo as dimensões biológica, psicológica, social e ambiental. Muitas vezes, essa temática está inserida/incluída/prevista nas políticas públicas da área da saúde. Entretanto, a política de saúde interage com as diferentes áreas do conhecimento e da prática, que a modificam, e ela se reorganiza e volta a produzir efeitos sobre as demais áreas, constituindo um todo que adquire novos recursos, elementos e conhecimentos transferidos novamente para o centro, de forma recorrente, se modificando e dialogando. Dessa forma, nenhuma área terá conhecimento da totalidade dos fenômenos envolvidos na cidade. O pensamento complexo pode ajudar a lidar e entender melhor a problema

das cidades do século XXI que muitas vezes são invisíveis para quem pensa de modo simplificador (CASTRO; CARVALHO; ALMEIDA, 2006).

Planejar e monitorar as Cidades Saudáveis na sua complexidade envolve decisões estratégicas que lidam com riscos e incertezas. Portanto, não se conforma como um programa padrão, predeterminado, em que basta aplicar um conjunto de estratégias para que seja possível alcançar o efeito desejável. Lida-se com inúmeros cenários que modificarão as ações a serem realizadas em decorrência das informações, sentimentos e reações geradas de acordo com os acasos sucedidos, novamente caracterizando um sistema complexo, na acepção de Morin (2015). O Planejamento Urbano entendido na sua complexidade somente tem sentido quando inter-relaciona as partes e o todo numa totalidade incerta que privilegia a cooperação entre os atores envolvidos e os elementos que compõem a vida das pessoas nas cidades.

A abordagem pela via da complexidade também necessita de uma estratégia, que tem como característica lidar com o inesperado, com o mutante, com o incerto, com o pensamento complexo. É o caso das catátrofes provocadas pelos fenômenos da natureza. Em especial por considerar o planejamento participativo, em territórios sabidamente heterogêneos, em que uma agenda comum deve ser consensuada, as estratégias para constituir uma Cidade Saudável (OMS, 1995) lidarão continuamente com o acaso e devem buscar informações de como lidar com as incertezas, o não previsto, com o que não está sob controle e, ao mesmo tempo, aproveitar-se das ocorrências do acaso. Tendo como referência a teoria da complexidade de Morin (2015), a estratégia para as Cidades Saudáveis (OMS, 1995) pode ser analisada a partir da perspectiva de saber lidar com o acaso.

Para Morin (2015, p. 83) “[...] o pensamento simples só resolve os problemas simples”. É provável que uma das causas dos problemas das cidades do século XXI seja oriundo dos resultados dos efeitos do pensamento fragmentado e unidimensional presentes nos diversos campos que lidam com o urbano e que muitas vezes explicitam apenas as questões técnicas (LACERDA, 2013). Outros elementos, tais como a constituição da agenda política, a governança, a consideração à multiplicidade de desejos que compõem os territórios de vida urbana e a própria forma de desenvolvimento do planejamento urbano não são colocados claramente por quem os conduz.

3.5 Interfaces entre os sistemas autopoieticos e a complexidade

Após apresentar a conceituação teórica dos sistemas vivos referenciados na autopoiese e do significado da complexidade na ciência, é possível relacionar essas duas teorias identificando pontos comuns e sua complementaridade, conforme Quadro 6.

Quadro 6 - Teoria da Autopiese e da Complexidade: semelhanças e diferenças

TEORIA DA AUTOPOIESE	TEORIA DA COMPLEXIDADE
Base: neurobiologia.	Base: física, astrofísica
Conceitos da teoria foram incorporados por outras áreas do conhecimento.	Conceitos da teoria foram incorporados por outras áreas do conhecimento
Estuda os organismos vivos na sua ontologia.	Estuda os fenômenos complexos a partir do entendimento do possível início do universo.
Organismos vivos possuem identidade.	A unidade elementar possui identidade múltipla.
Sistemas autônomos	Unidade elementar, a descrição do todo depende das partes e vice-versa.
Os organismos vivos estão em contínuo processo de mudança para se manterem vivos.	O equilíbrio não está associado à inércia, mas à busca da sobrevivência.
Organismos vivos possuem ciclo de vida.	Os sistemas morrem de tanto rejuvenescer.
Sistemas vivos são abertos e fechados simultaneamente.	Sistemas complexos são abertos e fechados simultaneamente.
Questiona como ocorre a aprendizagem e propõe o aprendizado circular.	Rompe com o paradigma cartesiano e propõe o paradigma da complexidade, que tem como base a circularidade conceitual e fenomenológica.
Rompe com a realidade objetiva.	Rompe com a realidade objetiva.
Não separa o sujeito do objeto; "tudo que é dito, é dito por alguém".	Integra o observador e o objeto.
Propõe o autoconhecimento como ponto de partida para o conhecimento.	Propõe a dualidade para explicar qualquer fenômeno complexo.
Modela os problemas numa relação de interdependência por meio de um gráfico hexagonal.	Sugere a modelação dos problemas complexos, considerando a circularidade.
Rompe com as explicações determinísticas para o entendimento dos organismos vivos.	Propõe que os fenômenos vão além das análises probabilísticas, devendo considerar o caos.
Um elemento/ componente de um sistema vivo pode pertencer a vários sistemas simultaneamente.	As variáveis de um fenômeno complexo ocupam vários espaços ao mesmo tempo.
A linguagem é o elemento que possibilita a comunicação que promove a interação entre os organismos vivos, em especial os seres humanos.	Apresenta a inter-relação contínua entre os elementos que compõem um fenômeno complexo.
Os sistemas autopoiéticos são interdependentes do seu meio.	Os sistemas estão encadeados uns com os outros.

Fonte: A autora

O Quadro 6 organiza os fundamentos de forma sintética e apresenta a associação entre essas teorias. Os autores dessas teorias são contemporâneos, entretanto possuem formações diferentes, ocupam espaços físicos e acadêmicos de áreas diferentes. Apesar disso, apresentam muitas convergências, em especial no que se refere ao entendimento de como se dá o conhecer e a necessidade do rompimento do paradigma linear e fragmentado. Essas semelhanças entre esses autores e seus estudos demonstram que os fenômenos têm uma mesma base de entendimento e conhecimento.

3.6 Estruturação de problemas complexos: uma abordagem teórica do método

Visando facilitar o entendimento do Planejamento Urbano como problema complexo e com características que o identificam como fenômeno social autopoietico semelhante aos organismos vivos, optou-se por modelar graficamente o problema como uma forma de melhorar a sua visualização (preocupação também percebida por Maturana, Varela e Morin, que ao longo de suas abordagens utilizam estruturas gráficas para modelar os conceitos apresentados). Para isso, recorreu-se aos métodos de estruturação de problemas, ou PSM (*Problem Structuring Methods*), que visam gerar modelos baseados em diferentes percepções por parte dos *stakeholders* envolvidos em uma situação problemática, indicando onde esses atores necessitam acordar sobre uma tomada de decisão, principalmente quando o problema ou a solução não está clara para eles (MINGERS; ROSENHEAD, 2011; CORDEIRO, 2016).

Os PSM surgiram no final da década de 1970 e no início da década de 1980, quando pesquisadores reconheceram as limitações de análise de problemas reais em ambientes organizacionais complexos com uso exclusivo de ferramentas quantitativas, oferecidas pelo paradigma clássico da Pesquisa Operacional (PO *hard*), conforme citado por diferentes autores, tais como Mingers e Rosenhead (2004), Rosenhead (2006), Mingers (2011), Ackermann (2012) e Manso *et al.* (2015).

Os métodos de Pesquisa Operacional foram criados durante a Segunda Guerra Mundial para solucionar problemas complexos de logística e estratégias militares. Esses métodos foram desenvolvidos por grupos multidiciplinares, com a adoção de modelos matemáticos baseados em fatos e dados do problema que geram possibilidades de análises hipotéticas para a tomada de decisão (SOCIEDADE..., 2015). Essa forma racional de lidar com os problemas ficou conhecida como PO *hard* (ICHIHARA, 2015).

Para Rosenhead (2006), a modalidade da Pesquisa Operacional *hard* de solução de problemas não se aplica à resolução de problemas complexos que envolvem atores com interesses conflitantes, ativos intangíveis, incertezas relevantes e múltiplas variáveis, como os aspectos políticos, sociais e comportamentais das organizações, questões apontadas também por Manso *et al.* (2015). A PO *hard* não é utilizada para estruturação de problemas complexos, mas para análise de problemas já estruturados.

A partir dessas constatações, vários métodos foram propostos para análise de problemas complexos quem tem em comum os fatos de: considerar a possibilidade de viabilizar a avaliação simultânea de diferentes alternativas, contar com a participação de grupos e de facilitadores, estimular maior interação entre os diferentes atores envolvidos, permitir a análise de interações das ações e alternativas, gerar sinergia e consenso entre os participantes (ACKERMANN, 2012). Esses métodos consideram que os problemas complexos não são estruturados, pois possuem intangíveis importantes, incertezas em pontos fundamentais, conflitos de interesses, além de múltiplas perspectivas e atores (EDEN, 1998).

Os principais métodos criados para atender a essas expectativas foram o SODA (*Strategic Options Development and Analysis*), o SSM (*Soft System Methodology*) e o SCA (*Strategic Choice Approach*). O SODA visa estruturar problemas complexos por meio da construção de mapas cognitivos a partir da visão de diferentes *stakeholders*. Os diversos mapas obtidos são sintetizados em um mapa congregado, consensualmente validado, que poderá ser utilizado para facilitar a formulação de estratégias para melhorias dos problemas em estudo, conforme detalhado adiante.

O SSM, segundo Checkland (1989), visa redesenhar um problema complexo com a participação de diferentes atores, que desenharão individualmente uma situação considerada ideal sobre o problema em estudo e, posteriormente, utilizarão esses redesenhos para promover um debate buscando identificar possibilidades de mudanças sistematicamente viáveis. O SSM considera que os indivíduos têm diferentes percepções de um problema, que devem ser dialogadas para se encontrarem soluções.

O SCA, segundo Friend (1992), é utilizado em situações estratégicas e centrado no gerenciamento de incertezas, visando apoiar o processo de tomada de decisões com utilização de diferentes técnicas. O grupo de decisores identifica as incertezas-chave para a solução do problema, explorando-o e apontando um plano de contingência.

Para Mingers e Rosenhead (2004), um PSM deve apresentar as seguintes características: permitir que várias perspectivas e alternativas sejam identificadas e analisadas simultaneamente; ser compreensível por diferentes atores, mesmo que eles não sejam especialistas na área, visando facilitar o entendimento do problema e a promoção da

participação para as discussões e a percepção de problemas, de uma perspectiva, tanto abrangente (visão global), como singular, identificando aspectos pontuais que afetem de forma significativa o problema em estudo.

Para este estudo, foi utilizado o método SODA, pois por meio do mapa cognitivo é possível estruturar e compreender melhor os problemas complexos e estratégicos, facilitando a identificação de aspectos relevantes e a elaboração de possíveis alternativas, para direcionar a solução do problema.

3.6.1 Método SODA

O método SODA foi elaborado em 1998, por Colin Eden, com o objetivo de entender um problema a partir do diálogo entre os atores envolvidos que negociam consensualmente a identificação do problema a ser estudado (EDEN, 1998). A estruturação do problema por meio do método SODA ocorre com a construção de mapas cognitivos.

A constituição do mapa cognitivo SODA, segundo Hart (1977), poder ser realizada de três formas: i) compilação de informações e documentos que representam os manifestos dos atores envolvidos; ii) relato integral dos participantes de uma reunião privada, tendo em seguida sua decodificação; e, iii) coleta de informações por meio de questionários ou entrevistas, ou pesquisa documental.

Hart (1997) alerta que a obtenção de informações por meio de entrevistas possibilita coleta de afirmações casuais, sucetíveis de representações de crenças defensáveis e nem sempre sinceras, o que sugere que a análise documental pode apresentar superioridade em relação às entrevistas. Para esse autor, o ideal seria utilizar o maior número possível de meios, justificando o uso, não apenas de entrevistas, mas também de documentos, em formato de artigos científicos ou capítulos de livros, obtidos e selecionados no levantamento bibliográfico.

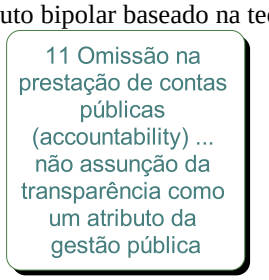
O mapa cognitivo, ferramenta do método SODA, é fundamentado pela teoria dos construtos psicológicos de George Kelly (1955), que apresenta uma explicação para a maneira como os seres humanos entendem o mundo. A teoria de Kelly é baseada em conceitos dicotômicos, em que cada conceito apresenta uma explicação com dois polos de contraste ou alternatividade. 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.

De acordo com a teoria de George Kelly (1955), um problema, quando analisado, é referenciado de acordo com o que é percebido por quem o analisa. Em outras palavras, os

problemas são estruturados a partir do entendimento e da linguagem de quem o analisa, por meio de palavras, as quais dispõem inúmeras possibilidades de interpretações. Logo, se um conceito é apresentado com um polo de contraste, servirá para deixar mais claro o entendimento e a interpretação da situação apresentada.

A bipolaridade de cada conceito é apresentada por frases separadas por três pontos: a primeira trata do polo positivo, também conhecido como polo primário, e a segunda constitui o polo negativo, conhecido como polo secundário, que tem como função elucidar o polo primário (GEORGIOU, 2010). Um exemplo de conceito bipolar pode ser visto na Figura 4. Os exemplos, extraídos dos resultados da pesquisa, são detalhados e analisados em profundidade no capítulo 5.

Figura 4 - Exemplo de construto bipolar baseado na teoria de George Kelly (1995)



Fonte: A autora

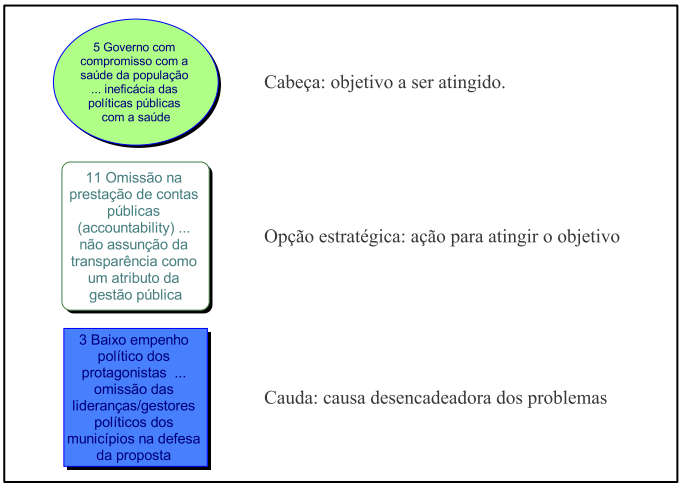
De acordo com Georgiou (2010), os conceitos apresentados no mapa SODA podem ser analisados de forma qualitativa e quantitativa. A análise qualitativa consiste em classificar os construtos como caudas, cabeças e opções estratégicas. Em seguida, analisam-se as interligações entre eles. A análise quantitativa classifica os construtos, conforme o número de interações, em implosões, explosões e dominantes.

Os construtos caudas constituem a causa primária e desencadeadora do problema. As cabeças são os construtos resultantes, que refletem os objetivos, as consequências. As opções estratégicas são os elos para as cabeças, ou seja, são as influências para materialização dos objetivos (cabeças).

Implosões são constutos que recebem muitas ligações. Explosões são construtos que apresentam muitas ligações para fora, o que indica elevado grau de centralidade e influência sobre muitos outros construtos. Dominantes são os construtos mais afetados e que afetam mais que os outros.

Os construtos estão representados na Figura 5. As cores e formatos dos elementos do mapa são padronizadas: 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 o texto.

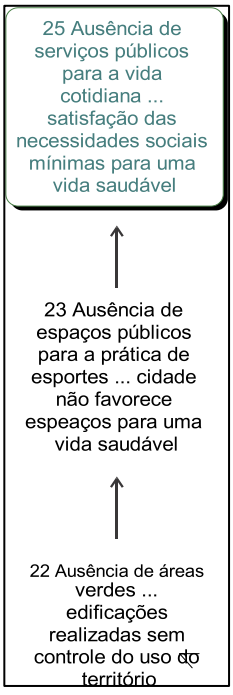
Figura 5 - Representações gráficas dos construtos do método SODA



Fonte: A autora

Após a descrição dos construtos, eles são conectados casualmente, de maneira lógica. Para isso, sugere-se o uso da técnica do mapa cognitivo como forma de estruturar metodologicamente um problema. Um exemplo de interligação entre os conceitos pode ser visualizado na Figura 6.

Figura 6 - Exemplo de uma interligação entre construtos do método SODA



Fonte: A autora

O mapa cognitivo, segundo Eden (2004), é uma ferramenta cujo objetivo é revelar o pensamento de uma pessoa ou grupo sobre uma determinada situação, desenhando, em uma

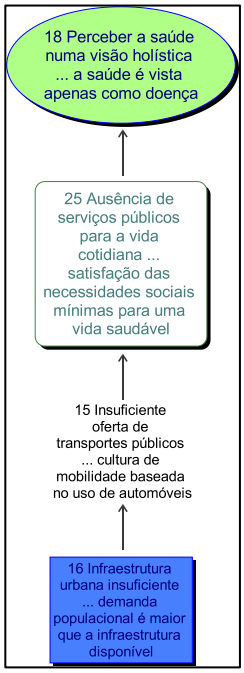
apresentação gráfica, a representação de sua subjetividade. Para Ensslin, Montibeller e Noronha (2001), assim como descrito na teoria de George Kelly, cada pessoa constrói um problema a partir das informações do contexto que percebe e interpreta. Como afirma Maturana (1997), tudo que é dito é dito por alguém.

Para Ensslin, Montibeller e Noronha (2001), um mapa representa uma hierarquia de conceitos relacionados por ligações de influência entre meios e fins. Quando se elabora um mapa é possível perceber os valores relacionados ao problema em estudo.

Um mapa cognitivo retratará como os conceitos e relações causais de uma situação estão interligados, facilitando a visualização de uma estrutura dos conceitos levantados durante a coleta de dados. Tendo em vista o caráter subjetivo de um mapa cognitivo, ele só fará sentido para as pessoas envolvidas na sua construção. Os mapas cognitivos são construídos para quem os solicitou ou para quem está interessado na análise de uma situação complexa. Seu sentido tem relação com o contexto em que foi elaborado, com as argumentações utilizadas durante o processo de seu desenvolvimento.

No topo do mapa cognitivo existe a declaração a ser investigada, resolvida ou atingida. No topo pode existir mais de uma declaração. As declarações e todas as descrições que constituem um mapa são escritas de forma curta, objetiva, clara. A hieraquia dos conceitos obedece à seguinte lógica: na base, a cauda, que é explicada pelas alternativas vinculadas a sugestões de ações (as opções estratégicas) para atingir o fim definido na cabeça, conforme representação da Figura 7.

Figura 7 - Hierarquia dos conceitos de acordo com o método SODA



Fonte: A autora

A leitura dessa hierarquia pode ser realizada da seguinte forma: a pouca preocupação com o bem-estar da população é percebida pela falta de acessibilidade e mobilidade dos transportes públicos, que demonstra uma demanda por serviços públicos ainda não atendida, o que seria uma das formas de promover a saúde de uma forma holística.

O entendimento do problema por parte dos pesquisadores que irão elaborar o mapa é muito importante, pois depende deles a interpretação dos documentos. Mapas com poucos construtos, considerados simples, podem ser resultantes de uma pesquisa não bem conduzida; por sua vez, mapas muito complexos podem significar que a questão em análise está confusa e não bem definida.

Ao analisar um mapa cognitivo, é possível que se percebam as questões-chave ou estratégicas da problemática em análise e as interrelações que existem entre os conceitos envolvidos. A análise de um mapa cognitivo poderá ajudar a identificar as ações que levam a um ou mais objetivo, as explicações para uma ou mais consequências, os meios que levam aos fins e as opções que podem gerar resultados variados (RIEG; ARAÚJO FILHO, 2003).

Para Ensslin, Montibeller e Noronha (2010) a construção de mapas cognitivos deve passar pelas seguintes fases: definição de um rótulo que descreva o problema, definição dos elementos primários de avaliação, construção de conceitos a partir dos elementos primários, construção da hierarquia de conceitos, ligações de influência e, por fim, a

construção do mapa. Após a construção, a fase seguinte é a análise e a identificação de estratégias e planos de ação para lidar com os problemas identificados.

Como mencionado anteriormente, os mapas fornecem uma representação gráfica geral de quem os gera, tendo como referência as pesquisas documentais e entrevistas realizadas, visando facilitar a interpretação de um problema. As variáveis que afetam a construção de um mapa tendem a impactar sobre a análise. Neste tópico, abordam-se algumas questões relacionadas à estruturação gráfica do mapa que afetam sua qualidade e alguns aspectos que devem ser utilizados para as respectivas análises. Tais abordagens são referenciadas em Eden (2004).

Ao elaborar um mapa cognitivo, EDEN (2004) sugere alguns cuidados: colocar as representações afins próximas umas das outras, ter o mínimo de setas cruzando entre si, *layout* demonstrando a hierarquia dos construtos e demonstração das relações causais dos construtos e o modo como eles se relacionam.

Para Eden (2004), a complexidade de um mapa poderá variar de acordo com a estruturação da entrevista realizada com o cliente ou mesmo com a habilidade do entrevistador e a disponibilidade do entrevistado. O autor alerta que entrevistas com perguntas fechadas poderão não gerar bons resultados, visto que reduzem as possibilidades de análises e podem reproduzir e simplificar o pensamento sobre o problema por parte do entrevistador responsável pela codificação do mapa. Acrescenta que a qualidade de uma entrevista depende do quanto será positiva a experiência para o entrevistado, podendo afetar diretamente no resultado do levantamento das informações. Eden (2004) também sugere que o entrevistador deixe o entrevistado à vontade para que possa demonstrar livremente seu pensamento sobre o tema.

Quanto maior o número de conceitos e de setas tiver um mapa, mais complexo ele será, segundo Eden (2004). Para esse autor, os mapeadores inexperientes tendem a gerar mapas simples e com poucos conceitos, setas, cabeças e caudas, demonstrando assim a forma simples de o mapeador pensar e ver o problema. Entretanto, quando um mapa apresenta muitas cabeças, isso significa que o mapeador tem muitos objetivos que podem estar confusos para o entrevistado, tornando o problema mais complexo, e quando um mapa possui muitas caudas significa que tem maiores possibilidades para analisar soluções para o problema. Para Eden (2004), a representação gráfica do mapa retrata como uma pessoa pensa. Logo, em cada mapa há uma possibilidade de leitura conforme a estrutura desenhada.

A partir das considerações apresentadas sobre a construção de um mapa cognitivo, Eden (2004) sugere alguns caminhos para realizar as análise e detectar melhor os caminhos para

interpretar e gerenciar as variáveis que afetam o problema. Entretanto, a análise de um mapa também dependerá de seu facilitador (EDEN, 2004). Os caminhos sugeridos são:

- A identificação de *clusters* isolados *(*em ilhas). Alguns *clusters* podem estar com os nós (construtos) desconectados entre si, constituindo ilhas, como se fossem construtos isolados fornecendo entendimentos independentes. A identificação de *clusters* que possibilita a quebra do mapa em um sistema de temas inter-relacionados torna-se interessante, visto que os clusters de um mapa devem ser mais ou menos separáveis entre si. Sugere-se a formação de *clusters* onde os nós em cada *cluster* estejam ligados um ao outro em uma similaridade e haja minimização do número de setas com outros *clusters*.

  Esse tipo de análise fornece uma visão da complexidade do problema. Um mapa que pode ser quebrado em mapas menores representa complexidade inferior a uma que seja difícil quebrar. O objetivo da análise dos *clusters* é identificar o "sistema de problemas" que compõe o "problema" abordado. Cada *cluster* representa uma parte da questão que pode ser abordada com relativa independência das outras partes.

- Entendimento da estrutura hierárquica dos *clusters*. Num mapa, os nós (construtos) estão organizados como se fossem uma árvore. Um nó está interligado a outro de acordo com os interesses entre eles, no topo estão os objetivos a serem atingidos e as partes abaixo constituem o detalhamento dos pontos ou ações para resolver um problema. Um nó de um *cluster*, diferentemente da análise anterior, poderá estar em mais de um *cluster*.

  Esse tipo de análise está focado nos conceitos que são centrais em termos de ligações, e aqueles nós que, por definição, estão no topo de uma hierarquia garantem que todos os nós no mapa, conforme as relações entre os objetivos e os conceitos centrais, sejam considerados fundamentais.

- Localização de opções potenciais. Para Eden (2004), os nós que aparecem em vários *clusters* são "potentes" porque têm ramificações para uma grande quantidade de temas. Portanto, são considerados um conceito central. Cada nó potente pode ter consequências positivas e negativas que indiquem o reconhecimento de uma situação problemática. O autor alerta para a dificuldade de um indivíduo gerenciar um número elevado de opções potentes, pois esse elevado número demonstra um nível poderoso sobre a complexidade cognitiva do problema com o qual o gestor do problema terá que lidar. Um nó que aparece em vários *clusters* é "potente" porque tem ramificações para um grande número de temas: “conceito núcleo”, podendo alcançar muitos objetivos.

- Identificação de *loops*: para identificar um *loop* basta verificar o direcionamento de feedback das setas. Entende-se que a existência de um *loop* pode ser um acidente de codificação que precisa ser corrigido. Os *loops* podem implicar a existência de considerações dinâmicas decorrentes da visão do entrevistado sobre o que é causa, e o que é efeito pode gerar *loops.* Caso existam loops no mapa, essa será a primeira análise a ser realizada, para correção.

- Conhecimento dos conceitos centrais. Dá-se pelo número total de setas entrantes e setas para fora de cada nó. Esse nó com maior número de setas refere-se à questão central.

> • Simplificação do problema por meio de propriedades emergentes. A identificação de propriedades sistêmicas é uma forma eficaz de garantir que a riqueza de um mapa seja mantida; entretanto, deve-se reduzir os níveis de detalhes sem a perda do entendimento das propriedades emergentes da essência da questão. Por exemplo: um argumento pode ter sido mapeado como A> B> C, mas pode ser reduzido para A> C sem a perda da essência da questão. Ou seja, o caminho A> B> C pode ser simplicado, pois é apenas uma simples elaboração detalhada de uma situação.
>
> Esta análise pode ser perigosa se for realizada de forma antecipada, pois correm-se riscos de falta de entendimento de propriedades sistêmicas do mapa que só emergem após uma codificação mais reflexiva e formal.
>
> • Observação da forma do mapa. Os mapas cognitivos podem ser apresentados de diferentes formas, sendo as mais comuns: plana, altura fina, pirâmide e pirâmide de cabeça para baixo. Quando um mapa tem a forma plana, isso significa que os caminhos são curtos entre as caudas e cabeças, podendo indicar pouca profundidade de pensamento, mas também sugere a consideração de uma alta gama de escolha e pontos de vista alternativos. A forma de altura fina significa que existem longos caminhos entre as caudas e as cabeças, indicando argumentos detalhados, sem uma consideração para definições alternativas da situação. A forma de uma pirâmide pode implicar arrumação de metas, cada uma delas suportando um objetivo, e a forma de uma pirâmide de cabeça para baixo pode implicar falta de opções, juntamente com multiplicidade de diferentes tipos de objetivos.

As propostas de análises apresentadas consideram as características de um mapa conforme o grau de complexidade da questão em estudo ou de acordo com as interpretações do seu codificador, além de fornecerem sugestões que simplificam a interpretação. Entretanto, devem-se tomar cuidados para não se perder a essência das questões emergentes. Os mapas cognitivos são ferramentas úteis para o aprofundamento crítico e reflexivo**,** que favorece a resolução e o entendimento de problemas complexos.

Os mapas cognitivos SODA facilitam o entendimento sobre o problema estudado a partir da integração das informações que compõem a estruturação do problema, o que facilita a definição de ações para possíveis intervenções. Apesar do método SODA propor uma estruturação hirárquica para se entender o problema, vale dizer que essa organização é dinâmica, podendo variar, não apenas por quem o elabora, mas de acordo com o momento em que o problema for revisto. Ou seja, em função das interações resultantes das análises, os elementos podem mudar a estrutura de um mapa cognitivo, o que o torna dinâmico, passível de ser analisado de acordo com o contexto em que foi elaborado.

Como parte da estruturação de problemas pelos métodos PSM, uma das fases importantes é a seleção dos *stakeholders*, pois é a partir deles que serão realizadas as

discussões, o levantamento de informações a respeito do problema e a própria estruturação do problema.

3.6.2 Seleção dos *stakeholders*

A referência bibliográfica utilizada para a definição dos critérios utilizados para a escolha dos *stakeholders* foi de Wang, Liu e Mingers (2015), que apresentam algumas técnicas para a escolha específica de análise de problemas complexos nas organizações com fins lucrativos ou não. Apesar de o artigo de Wang, Liu e Mingers (2015) não ter por objetivo a análise de ambientes públicos, em específico as cidades, as considerações apresentadas podem ser utilizadas para o objetivo proposto por esta pesquisa.

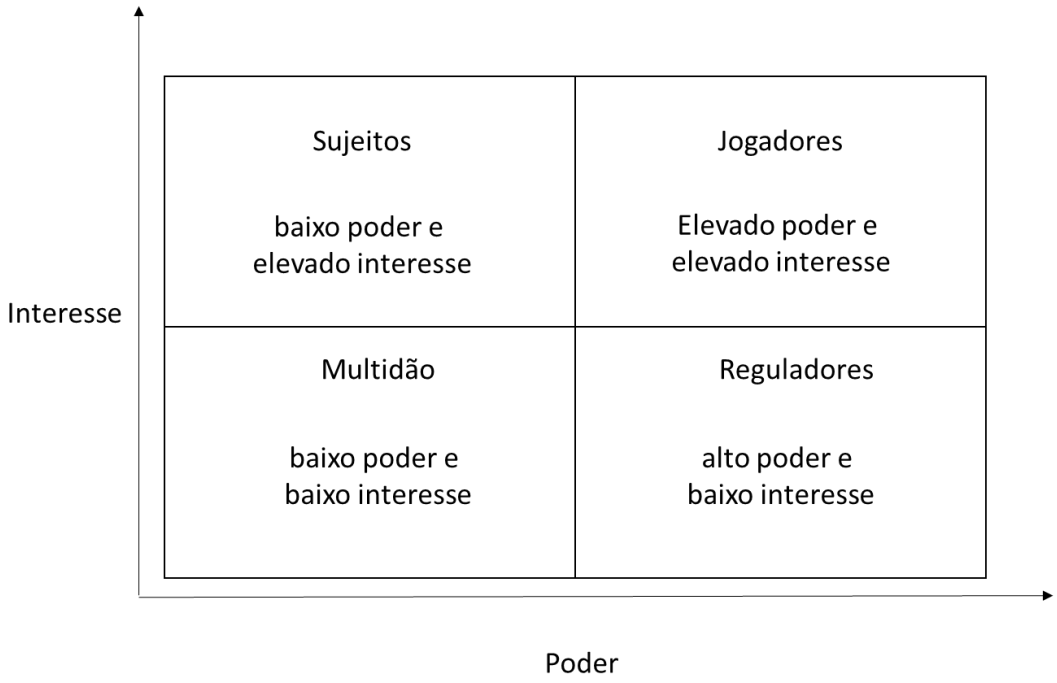
Para Wang, Liu e Mingers (2015) a escolha de *stakeholders* é um processo dinâmico, podendo variar de acordo com a atividade-chave, os objetivos e a fase em que a organização se encontra. Por exemplo: as ações da Rede Portuguesa, apresentadas no capítulo 5, permeiam assuntos relacionados a habitação, transporte/mobilidade, urbanismo, cultura, educação, lazer e outros que afetam a qualidade de vida dos cidadãos. Um dos principais objetivos da Rede é estimular os gestores políticos a incluírem em suas agendas de governo a promoção da saúde como tema gerador de suas estratégias, percebendo a promoção da saúde como uma temática transdisciplinar e ampliando a noção básica de atribuição do setor, qual seja, a oferta dos serviços tradicionais de saúde, como atendimentos em hospitais e centros de saúde. Com base nessas informações, é possível dizer que o objeto em estudo está bem definido, possui atividades-chave consolidadas e se encontra em fase de maturidade.

Wang, Liu e Mingers (2015) alertam para o cuidado com a unilateralidade ao fazer a escolha de *stakeholders*, pois escolher apenas um critério de características pode levar a uma visão limitada de um problema complexo. Clarkson (1994) propõe categorias de classificação dos *stakeholders* em: primários e secundários. Para esse autor, o grupo de *stakeholders* primário é aquele sem cuja participação contínua a corporação não sobreviverá, e o grupo de *stakeholders* secundário é definido como aquele que influencia, afeta ou é afetado pela corporação, mas não está envolvido em transações com a empresa e não é essencial para a sua sobrevivência.

Para Eden e Ackermann (1998), a escolha de *stakeholders* deve considerar a relação entre poder e interesse num cruzamento que resulta em quatro categorias: "jogadores", *stakeholders* com elevado em interesse e poder; "sujeitos", aqueles que têm alto interesse, mas falta de poder; "*setters* de contexto", os que têm poder, mas relativamente pouco

interesse; e, a "multidão", os que são baixos em ambos (interesse e poder). Esse critério está ilustrado na Figura 8.

Figura 8 - Classificação dos *stakeholders* baseado na teoria de Eden e Ackermann (1998)



Fonte: Adaptado pela autora (EDEN; ACKERMANN, 1998).

Por fim, para Wang, Liu e Mingers (2015) a teoria das partes interessadas é relevante para as áreas que possuem multiplicidade de atores ou objetivos e que envolvem abordagens éticas e complexas, portanto é pertinente ao estudo sobre as Cidades Saudáveis.

4 METODOLOGIA

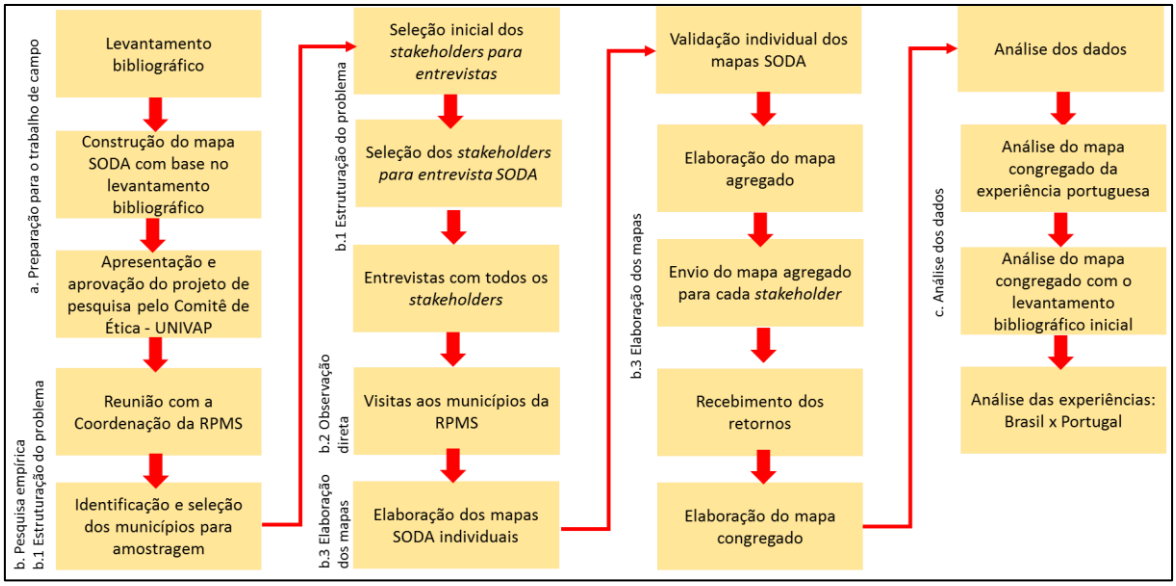
Esta pesquisa, de natureza exploratória e abordagem qualitativa, adequada para cenários de complexidade, caracteriza-se como um estudo de caso que analisa os elementos facilitadores e os enfrentamentos para a implantação da proposta Cidades Saudáveis em municípios pertencentes à Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis.

Os procedimentos metodológicos foram a observação direta dos municípios, a análise bibliográfica e documental sobre o tema e a realização de entrevistas. As entrevistas ocorreram de duas formas: uma etapa com perguntas estruturadas e a outra com pergundas abertas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética, conforme o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 64013016.0.0000.5503, disponível na Plataforma Brasil. Cada *stakeholder* entrevistado assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Anexo I.

A análise do material obtido na revisão bibliográfica e nas entrevistas com perguntas abertas foi realizada 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). As entrevistas com perguntas abertas subsidiaram o entendimento do contexto do funcionamento do programa.

O desenvolvimento desta pesquisa percorreu o fluxo de acordo com a figura 9 e descritas cada etapa em seguida.

Figura 9 - Etapas do percurso metodológico desenvolvidas para a pesquisa Cidades saudáveis, utopia e complexidade no planejamento urbano: um estudo da rede portuguesa de municípios saudáveis e reflexões para o cenário brasileiro



Fonte: A autora

a. Preparação para o trabalho de campo

- Levantamento bibliográfico: foram levantados artigos científicos nas bases Scielo e Portal Periódicos Capes, manuais operacionais e demais publicações, nas línguas portuguesa e inglesa, sobre o programa Cidades Saudáveis, conforme as orientações da OMS. Foram utilizadas as palavras chave "cidade", "qualidade de vida", "cidade saudável", "cidade sustentável", "planejamento governamental", "determinantes sociais". Num primeiro momento, o levantamento bibliográfico teve como objetivo a construção do mapa SODA, em seguida, subsidiou o aprofundamento sobre a temática.
- Construção do mapa SODA com base no levantamento bibliográfico: o primeiro mapa SODA elaborado teve por objetivo permitir a familiaridade com a técnica e fornecer uma visão inicial da estruturação e entendimento do problema do Planejamento Urbano de Cidades Saudáveis sob a ótica da complexidade. Para a construção desse mapa foram selecionados onze documentos de relevância que abordavam conceitos, princípios e valores do programa citado, conforme o levantamento bibliográfico realizado.
- Apresentação e aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da UNIVAP. Como esta pesquisa tinha como uma das etapas entrevistar pessoas que participam da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis e outros profissionais conhecedores do Programa Cidades Saudáveis da OMS, fez-se necessário apresentar o projeto para avaliação desse Comitê.

- **b. Pesquisa empírica**
  - **b.1 Estruturação do problema**

- Reunião com a Coordenação da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis (RPMS): como parte do entendimento da contextualização dessa Rede e do programa de Cidades Saudáveis implementado em Portugal, foi realizada uma reunião com a Coordenação e a equipe operacional da Rede, visando conhecer a história de implementação da Rede, os documentos constituintes e como as atividades eram desenvolvidas no cotidiano. Essa reunião ocorreu na sede da Rede, no município de Seixal, em Portugal, como momento inicial para a pesquisa de campo.

- Identificação e seleção dos municípios que comporiam a amostra para o estudo de caso: foram consideradas a importância e a diversidade das cidades no contexto de atuação na Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis (RPMS). Os critérios utilizados para selecionar as cidades para a realização desta pesquisa foram: composição de uma amostra com representatividade de diferentes aspectos dos municípios em relação à população dos municípios maiores, e dos menores, quanto ao número de habitantes; localização geográfica no país (norte, centro e sul); diversidade das atividades econômicas desenvolvidas (turismo, indústria, vinícolas, etc.); e, tempo ingressante na Rede (municípios que pertencem à Rede desde a fundação e outros com adesões mais recentes). A ideia dessa diversificação foi possibilitar um entendimento amplo das características dos municípios, principalmente quanto às expectativas relacionadas ao Programa Cidades Saudáveis, bem como conhecimento da forma de operacionalização do programa em cada um dos municípios.

- Seleção inicial dos *stakeholders* para entrevistas. A partir da identificação e seleção dos municípios, a etapa seguinte foi decidir quem seriam os *stakeholders* a serem entrevistados. Os critérios da escolha dos *stakeholders* foram: possuírem conhecimento prático e/ou notório em relação à temática da pesquisa e desempenharem papel chave (político ou técnico) na implementação da proposta nos municípios pertencentes à Rede Portugesa de Municípios Saudáveis.

Os municípios e *stakeholders* selecionados para as entrevistas, conforme os critérios mencionados estão listados no Quadro 7.

Quadro 7 - Relação de municípios e academias possíveis para entrevistas baseadas no método SODA

		MUNICÍPIOS A SEREM ENTREVISTADOS	**CARACTERÍSTICA DO ENTREVISTADO**
1		Seixal	Técnico da Rede
2		Viana do Castelo	Político (vereador)
3		Viana do Castelo	Técnico da Rede
4		Montijo	Técnico da Rede
5		Lisboa	Política (vereador)
6		Figueira da Foz	Técnico da Rede

7		Palmela	Política (vereador)
8		Odivelas	Técnico da Rede
9		Serpa	Política (vereador)
10		Loulé	Técnico da Rede
11		Torres Vedras	Técnico da Rede
12		Beja	Política (vereador)
13		Valongo	Técnico da Rede
14		Odimira	Política (vereador)
15		Universidade de Lisboa	Docente
16		Universidade de Lisboa	Docente
17		Universidade de Lisboa	Docente
18		Universidade de Coimbra	Docente

Fonte: A autora

Nas reuniões realizadas com a Coordenação da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis, a coordenadora indicou alguns docentes da Universidade de Lisboa para entrevistas, visto que eram parceiros científicos da Rede. Além desses, também foi identificado outro docente da Universidade de Lisboa e uma docente da Universidade de Coimbra conhecedores do Programa de Cidades Saudáveis e atuantes como investigadores das questões sociais e de saúde de Portugal.

- Seleção dos *stakeholders* para as entrevistas SODA. A partir da lista dos municípios do quadro 7, foram selecionados alguns *stakeholders* para a entrevista baseada no método SODA (Quadro 8). A escolha desses cinco *stakeholders* deu-se porque os municípios participam da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis desde o início de suas atividades, por participarem da Rede Europeia de Municípios Saudáveis e por possuírem atores conhecedores das estratégias e serem ativos do Programa Cidades Saudáveis (OMS). Além dos *stakeholders* pertencentes à Rede, considerou-se relevante convidar um acadêmico para compor o entendimento sobre o Programa Cidades Saudáveis (OMS).

Com base nessa escolha foi feita uma estruturação dos perfis dos *stakeholders* confrontando-os com os referenciais teóricos para a escolha de atores (Quadro 8).

Quadro 8 - Critérios e classificações dos *stakeholders* participantes das entrevistas de acordo com o método *SODA*

STAKEHOLDER	**PERFIL DO STAKEHOLDER**	**CARACTERÍSTICA DA INFLUÊNCIA**	**CLASSIFICAÇÃO (CLARKSON)**	**CLASSIFICAÇÃO (EDEN E ACKERMANN)**
Coordenadora Técnica (Entrevistada 1)	Licenciada em Sociologia, mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública. Trabalha no Cidades Saudáveis desde 1997.	Política	**Primário** (sem cuja participação contínua a Rede não sobreviverá)	**Jogadores** - altos em interesse e poder
Política (Entrevistada 2)	Política há 12 anos, período que também atua na Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis. Formada em Ciências Políticas, licenciada pelo Instituto Superior de Ciências Sociais e Ciências Política. Experiência nas áreas do desenvolvimento social, educação e RH	Política	**Primário** (sem cuja participação contínua a Rede não sobreviverá)	**Jogadores** - que são altos em interesse e poder
Político (Entrevistada 3)	Política há 11 anos. É licenciada em Direito, mestre e doutoranda. Possui experiências nas pastas de RH e Ação Social.	Política	**Primário** (sem cuja participação contínua a Rede não sobreviverá)	**Jogadores** - que são altos em interesse e poder
Coordenadora Técnica (Entrevistada 4)	Licenciada em Sociologia, mestrado na área de Engenharia Humana. Trabalha no projeto desde que foi criada a Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis.	Técnica	**Primário** (sem cuja participação contínua a Rede não sobreviverá)	**Sujeitos** - que têm alto interesse, mas falta de poder

Acadêmica (Entrevistada 5)	Doutorada em Geografia. Realiza investigações no campo do planejamento urbano sustentável.	Acadêmica	**Secundário** (influencia ou afeta ou é afetado pela Rede, não estão envolvidos em transações, não é essencial para a sua sobrevivência)	**Sujeitos -** que têm alto interesse, mas falta de poder diretamente sobre a Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis

Fonte: Elaborado pela autora de acordo com a escolha e as referências bibliográficas estutadas sobre *stakeholder*

- Entrevistas com todos os *stakeholders*. Com base na seleção dos *stakeholders* foram realizadas entrevistas com 18 (dezoito) profissionais técnicos, políticos e acadêmicos. Todas as entrevistas foram gravadas com autorização prévia de cada *stakeholder*, e posteriormente foram transcritas para as respectivas análises. As 5 (cinco) entrevistas para o método SODA foram não estruturadas, conforme proposto nesse método. As demais entrevistas foram estruturadas, e o formulário com as perguntas foi enviado previamente para cada *stakeholder* (Anexo II).

  - **b.2 Observação direta**

- Visitas aos municípios da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis com o intuito de compreender *in loco* o funcionamento da Rede e o modo como esse programa é operacionalizado junto às políticas públicas de Portugal no âmbito de cada município. Nesse momento, foram realizados contatos com os *stakeholders* para melhor compreensão do contexto social e da saúde dos municípios e do país. Além dos contatos realizados com os *stakeholders* sugeridos pela Coordenação da Rede, os municípios foram percorridos, conhecidos e observados, com fotografias e anotações em um diário de campo. Essa técnica aplicada foi combinada com a análise de documentos e entrevistas.

  - **b3. Elaboraçãdo dos mapas**

- Elaboração dos mapas SODA individuais. Com base na transcrição da entrevista SODA foram elaborados os mapas SODA, tendo como apoio, num primeiro momento, uma planilha eletrônica elaborada no Excel contendo os enfrentamentos relatados pelos *stakeholders*, os quais foram considerados como polos positivos. Para cada polo positivo, foi inserido o conceito negativo visando eliminar dúvidas sobre o entendimento proposto. O passo seguinte foi definir uma agrupamento entre os conceitos (uma vez definidos os polos positivos e negativos, estes são

considerados construtos no método SODA), compondo os *clustes*. A partir da estruturação definida de cada *cluster*, os construtos foram classificados como cauda, opção estratégica ou cabeça. Posteriormente, foi realizada a transcrição dos construtos para a elaboração do mapa, com o uso do *software* Decision Explorer. As informações das demais entrevistas subsidiaram o entendimento do funcionamento da Rede, e essas informações foram utilizadas pra descrever a Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis nesta pesquisa.

- Validação individual dos mapas SODA (individuais). Após a elaboração de cada mapa, foram realizadas reuniões nos respectivos municípios, para validação de cada mapa individual pelo próprio *stakeholder*.

- Elaboração do mapa agregado. Foi realizada a unificação dos mapas individuais criando-se um mapa único, o agregado, visando apresentar de forma consolidada todos os levantamentos realizados por meio das entrevistas.

- Envio do mapa agregado. O mapa agregado foi enviado por *e-mail* para cada um dos *stakeholders* escolhidos para análise e validação por meio do método SODA. Foi dado um prazo de 30 dias para que dessem um retorno sobre a interpretação unificada.

- Recebimento dos retornos. Após a análise do mapa agregado, 4 dos 5 *stakeholders* deram uma devolutiva sobre a estrutura e organização do mapa agregado.

- Elaboração do mapa congregado. Com base nos *feedbacks* recebidos dos *stakeholders*, foram realizados os ajustes no mapa.

c. Análise dos dados

Tendo o mapa congregado como referência, foi realizada a análise de dados conforme proposto pelo método SODA.

- Análise do mapa congregado da experiência Portuguesa. De acordo com o método SODA foram realizadas as análises quantitativas e qualitativas.

- Análise do mapa congregado com o levantamento bibliográfico inicial. Análise comparada dos dados do mapa congregado e do mapa elaborado a partir do levantamento bilbiográfico inicial.

- Análise das experiências portuguesas e brasileiras. Foram verificadas as interfaces entre os atributos identificados no mapa SODA da experiência portuguesa e a

realidade brasileira das cidades que explicitamente utilizaram o Programa Cidades Saudáveis (OMS) para nortear as políticas públicas, conforme levantamento bibliográfico.

As quatro referências bibliográficas selecionadas para essa análise foram os artigos produzidos por Freire, Salles e Sá (2016) que analisam a experiência no estado de Pernambuco, em 23 cidades; Mendes, Bógus e Akerman (2004), que relatam a implementação em 4 cidades de São Paulo - Limeira, Bertioga, Santo André e Piracicaba; Adriano, et al. (2000) que relatam a experiência em 2 cidades mineiras - Dionísio e São José do Goiabal; e. Mendes (2000). que pesquisou 2 cidades - Jundiaí (SP) e Maceió (AL).

Considera-se essa amostra significativa porque esses artigos, além de atenderem aos critérios predefinidos para a seleção, abrangem cidades e estados do Brasil de diferentes regiões (Nordeste e Sudeste) e com características econômicas, sociais e culturais diferentes entre si, o que possibilita maior amplitude de observação, totalizando 31 cidades para comparação entre os enfrentamentos do Brasil e de Portugal. A escolha desses artigos também se deu porque definiram, como um de seus objetivos, apontar as dificuldades de implantação do Programa Cidades Saudáveis nas respectivas cidades. Portanto, tinham afinidades com os objetivos propostos nesta pesquisa.

5 RESULTADOS

Os resultados aqui apresentados abordam a experiência da construção de mapas cognitivos SODA como forma de modelar o entendimento da complexidade do Planejamento Urbano de Cidades Saudáveis (OMS), tendo como referência, inicialmente, um levantamento bibliográfico. Em seguida, apresentam-se os mapas individuais realizados a partir das entrevistas com os *stakeholders*, que envolvem técnicos, políticos e acadêmico portugueses. Com base nos mapas individuais, elaborou-se o mapa agregado, que foi enviado para validação dos *stakeholders*, para obtenção do mapa congregado. Com o mapa congregado foi possível compreender os principais enfrentamentos para a implantação do Programa Cidades Saudáveis (OMS), em Portugal.

Para efetuar a análise comparativa com o Brasil, utilizaram-se quatros artigos científicos com relatos críticos de 31 (trinta e uma) cidades com experiências efetivas do Programa Cidades Saudáveis (OMS, 1995) por parte dos gestores públicos.

A análise dos resultados dos mapas cognitivos teve como referência os autores citados ao longo desta pesquisa.

5.1 Desafios para a implantação de cidades saudáveis: o que diz a literatura

A busca por artigos acadêmicos e materiais institucionais, visando à criação de um mapa SODA com base em documentos, partiu da seguinte pergunta: “quais os principais enfrentamentos para o planejamento urbano de uma Cidade Saudável?” Tal questionamento também foi utilizado para estruturar o mapa.

Essa pergunta norteadora, nas língua portuguesa e inglesa, levou à seleção de onze documentos (Quadro 9) de autores e organizações de origem brasileira, portuguesa e americana considerados de referência em estudos sobre planejamento urbano de Cidades Saudáveis e pertencentes às diversas áreas do conhecimento. Os documentos analisados apresentavam abordagens diferentes; entretanto, como ponto em comum compartilhavam os atributos e conceitos relativos à cidade saudável. Considerando que as cidades saudáveis fazem interface muito próxima com as cidades sustentáveis, no levantamento também foram considerados artigos que permeiam essa proximidade.

Quadro 9 - Documentos pesquisados para construção do mapa SODA sobre enfrentamentos para a implantação de uma cidade saudável, obtidos por levantamento bibliográfico inicial

AUTORES E ANO	TÍTULO	O QUE APRESENTA	FONTE
Clementino e Almeida, 2015	Construção técnico-política de governança metropolitana	Discute a necessidade do apoio do gestor público do município para solução de bens comuns a partir da cooperação intergovernamental.	Cadernos Metrópole (Volume. 17. nº. 33, p 201-224.): debate de questões relacionadas aos processos de urbanização e à questão urbana, nas diferentes formas que assume na realidade contemporânea.
ABNT, 2017	ISO 37.120 Desenvolvimento de comunidades sustentáveis	Apresenta um sistema de indicadores para medir os serviços urbanos e a qualidade de vida com foco no desenvolvimento sustentável.	Norma ISO (Organização Internacional de Normalização) – organismo internacional que estabelece um conjunto de normas com diferentes objetivos para nortear a gestão de instituições e cidades.
Giatti at al., 2014	Manaus: uma Análise Ecosistêmica por meio de Indicadores de Sustentabilidade Ambiental e de Saúde	Neste capítulo, os autores analisam a cidade de Manaus por meio de indicadores de sustentabilidade ambiental e de saúde, por meio da verificação dos serviços que afetam os ecossistemas e as condições de bem-estar e saúde da população daquele município, para construção de uma Cidade Saudável.	Nome do livro. Editora Fiocruz – editora brasileira especializada na produção e difusão de livros em saúde pública, ciências biológicas e biomédicas, pesquisa clínica, e ciências sociais e humanas em saúde.
Gomes et. al., 2014	Espaços Urbanos Saudáveis e os Determinantes Sociais da Saúde (DSS)	Este artigo aborda o tema Municípios Saudáveis (OMS) e visa identificar os espaços urbanos saudáveis no Brasil e como os Determinantes Sociais da Saúde podem influenciar a boa qualidade de vida dos espaços urbanos.	Base de dados da Universidade Federal de Juiz de Fora, que realiza, bienalmente, o Encontro de Economia Aplicada, tendo como referência os temas: Economia Regional, Economia Social, Economia do Trabalho, Finanças, Macroeconomia Aplicada, Organização Industrial, Microeconomia Aplicada.

Barton e Grant, 2013	Urban Planning for Healthy Cities	Este artigo apresenta uma avaliação do progresso feito pelas cidades europeias em relação ao Planejamento Urbano Saudável, durante a Fase IV do Programa de Cidades Saudáveis da Organização Mundial da Saúde (2003-2008). Também apresenta os princípios do Planejamento Urbano Saudável que integra a saúde e o planejamento urbano.	Journal of Urban Health (Volume 90, Supplement 1, p 129–141) é uma das principais fontes acadêmicas sobre a promoção da saúde e bem-estar das pessoas; constitui uma plataforma de base interdisciplinar que possibilita a análise dos determinantes das desigualdades da saúde, visando fortalecer as políticas e governança para a saúde urbana.
Ferrão e Fernández, 2013	Sustainable Urban Metabolismo	Este livro apresenta os principais conceitos relacionados à sustentabilidade urbana, tendo como parâmetro o metabolismo urbano que estuda a relação de consumo da população de uma cidade perante os recursos disponíveis na natureza.	MIT Press Book – editora universitária americana que publica temas relacionados a ciência e tecnologia.
Leeuw, 2012	Do Healthy Cities Work? A Logic of Method for Assessing Impact and Outcome of Healthy Cities	Nesse artigo discute-se uma metodologia para avaliar programas urbanos complexos, como a Rede Européia de Cidades Saudáveis, da OMS. São apresentados os parâmetros básicos desse projeto.	Journal of Urban Health (vol:89 Issue:2 p. 217-231) conforme apresentado anteriormente.
Leite, 2012	Cidades Sustentáveis, Cidades Inteligentes: desenvolvimento sustentável num planeta urbano	Analisa o desenvolvimento sustentável das cidades de uma forma possível apresentando vários exemplos de intervenção de transformação das condições urbanas adversas.	Editora Bookman – editora do Grupo A, especializada na produção de livros de Ciências Exatas, Sociais e Aplicadas, sendo pioneira no lançamento de livros nas áreas de Geologia, Astronomia e Arquitetura.
Santana, 2007	A Cidade e a Saúde	Este livro apresenta evidências dos efeitos diretos do ambiente sobre a saúde da população e algumas intervenções para as cidades saudáveis e sustentáveis.	Editora Almedina – é uma editora Portuguesa, da cidade de Coimbra, especializada na área jurídica; entretanto, também publica livros na área de ciências sociais e humanas.

Rocha, 2000	Qualidade de Vida, Ponto de Partida ou Resultado Final?	Este artigo discute e analisa os indicadores brasileiros relacionados aos conceitos de qualidade de vida no ambiente urbano, observando-se seus desajustes e desigualdades nas cidades.	Revista Ciência & Saúde Coletiva (vol.5, n.1, p. 63-81), Editada pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva/Abrasco. Apresenta-se como um espaço científico para discussões, debates, apresentação de pesquisas, exposição de novas ideias e de controvérsias sobre a área
Adriano et al., 2000	A construção de Cidades Saudáveis: uma Estratégia Viável para a Melhoria da Qualidade de Vida?	Este artigo pode ser considerado antigo, porém apresenta de forma didática a importância do Movimento Cidades Saudáveis como uma estratégia para melhoria da qualidade de vida da população, contextualizando o movimento no mundo e no Brasil até a sua publicação, e serve como uma introdução ao tema e à história deste Programa no Brasil.	Revista Ciência & Saúde Coletiva (Vol 5 p .53-62.), conforme apresentado.

Fonte: A autora

A partir dos conceitos, atributos e características identificadoras, em cada um dos documentos citados, considerados essenciais para a implementação e avaliação de uma Cidade Saudável baseada no programa da OMS, iniciou-se o registro e a organização das palavras (elementos primários) mais frequentes, numa planilha do Excel. Cada autor foi relacionado a um conceito, em função da frequência de aparecimento e da ênfase nos artigos pesquisados (Quadro 10), o que não significa que os demais autores também não tenham abordado tais conceitos em suas produções.

A análise da produção bibliográfica orientada pela questão proposta resultou em 63 (sessenta e três) construtos, porém foram selecionados 25 (vinte e cinco) de maior reincidência e relevância, relacionados ao tema do planejamento urbano de Cidades Saudáveis (Quadro 10). Essa redução foi realizada com o intuito de sintetizar o entendimento do problema em estudo e porque alguns conceitos estavam inclusos em outros, sem que essa síntese tenha gerado prejuízos na estruturação e entendimento do problema, conforme alerta Eden (2004).

A identificação e seleção desses elementos primários tiveram como referência a análise dos artigos, orientada pelas seguintes questões: Que aspectos desejáveis identificariam uma cidade saudável? Quais são os principais enfrentamentos para a implementação do Programa Cidades Saudáveis (OMS)?

Os elementos identificados também resultam nas interpretações do sujeito desta pesquisa sobre os objetos (artigos) em análise. Como menciona Elias (2018), não existe separabilidade entre objeto e sujeito, numa pesquisa social.

Quadro 10 - Elementos primários obtidos a partir do levantamento bibliográfico em língua portuguesa e inglesa identificados como relevantes para compreensão dos principais enfrentamentos para a implantação da proposta Cidades Saudáveis de acordo com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde

ITEM	ELEMENTOS PRIMÁRIOS	FONTE BIBLIOGRÁFICA
1	Redes sociais de apoio	Barton e Grant, 2013.
2	Desenvolvimento do capital social	Barton e Grant, 2013.
3	Apoio e liderança gestor político do município	Clementino e Almeida, 2015.
4	Participação social	Norma ABNT, 2017. Adriano et al., 2000. Gomes et. al., 2014
5	Compromisso com a saúde	Adriano et al., 2000.
6	Ações intersetoriais	Adriano et al., 2000)
7	Inovação das políticas públicas	Adriano et al., 2000.
8	Concepção de um programa de colaboração eficaz	Barton e Grant, 2013.
9	Políticas nacionais e locais integradas	Leeuw, 2012.
10	Tecnologia da Informação favorável à gestão pública	Leite, 2012.
11	Accountability	Norma ABNT, 2017.
12	Gestão dos resíduos	Ferrão e Fernández, 2013.
13	Acesso à água	Ferrão e Fernández, 2013.
14	Desenvolvimento econômico	Ferrão e Fernández, 2013.
15	Transporte público	Ferrão e Fernández, 2013.
16	Infraestrutura urbana	Giatti at al., 2014.
17	Habitação	Barton e Grant, 2013.
18	Saúde: físico, mental e social	Giatti at al., 2014.
19	Segurança e sensação de segurança	Santana, 2007.
20	Ambiente da cidade atraente	Gomes et al., 2014.
21	Ecossistema estável e sustentável	Giatti et al., 2014.
22	Área verde	Barton e Grant, 2013.
23	Favorecimento de atividades físicas	Barton e Grant, 2013,

24	Alimentação saudável	Barton e Grant 2013.
25	Acesso aos serviços para a vida cotidiana	Rocha, 2000.

Fonte: Elaborado pela autora, baseado no levantamento bibliográfico inicial

Após essa identificação, iniciou-se a descrição dos construtos a partir dos elementos primários, definindo-se os polos positivos e negativos, e esclarecendo os construtos no que se refere à redução de possíveis ambiguidades. Em algumas descrições, optou-se, para melhor explicar um construto, por um conceito complementar ao polo positivo. Em outras descrições, optou-se pela utilização negativa do conceito positivo apresentado.

Em seguida, os construtos foram classificados e agrupados em *clusters*. A afinidade conceitual entre os construtos gerou três os *clusters*: governança, acesso a serviços e morfologia urbana. Os construtos relacionados à governança referem-se àqueles que remetem ao exercício da autoridade política e administrativa em todos os níveis para gerenciar um território. Os construtos relacionados ao acesso a serviços referem-se àqueles considerados essenciais para uma vida cotidiana saudável (habitação, trabalho, alimentação, lazer, dentre outros). Os construtos relacionados ao *cluster* morfologia referem-se aos elementos que compõem a forma e a imagem urbanas (REGO e MENGUETTI, 2011).

Cada construto foi classificado como cauda, cabeça, opção estratégica ou alternativa. A organização dos construtos (Quadro 11) foi considerada essencial para a fase seguinte, de construção do mapa, pois facilitou a sua elaboração inicial, mesmo que durante seu desenvolvimento tenham sido realizadas alterações nas classificações por *clusters* e tipo de construto.

Quadro 11 - Descrição dos polos positivos e negativos por *cluster* e tipo de construto, com base no levantamento bibliográfico inicial

	POLO POSITIVO	**POLO NEGATIVO**	***CLUSTER***	**TIPO DE CONSTRUTO**
1	Carência de redes sociais de apoio para as atividades da cidade	Aproximação dos setores público e privado para a promoção do bem comum	Governança	Opção estratégica
2	Desenvolvimento do capital social	Baixo relacionamento entre os atores envolvidos na temática,	Governança	Cauda
3	Baixo empenho político dos protagonistas	Omissão das lideranças/ gestores políticos dos municípios na defesa da proposta	Governança	Cauda
4	Baixa participação social na elaboração das propostas	A comunidade não participa das propostas	Governança	Alternativa

5	Falta de compromisso dos governos com a saúde da população	Ineficácia das políticas públicas com a saúde	Governança	Cabeça
6	Deficiência nas ações intersetoriais	Serviços e ações setorizados/ departamentalizados	Governança	Opção estratégica
7	Dificuldade na inovação das políticas públicas	Resistências em aceitar as mudanças	Governança	Alternativa
8	Carência de um programa de colaboração eficaz entre cidades	Necessidades de trocas de experiências	Governança	Opção estratégica
9	Políticas nacional e local não integradas	As políticas são centralizadas	Governança	Cabeça
10	Indisponibilidade de tecnologias da informação favoráveis à gestão pública	Dificuldades de obtenção de informações para tomada de decisões	Governança	Opção estratégica
11	Omissão na prestação de contas públicas (*Accountability*)	Não assunção da transparência como um atributo da gestão pública	Governança	Opção estratégica
12	Acúmulo de resíduo nas cidades	Ação pública insuficiente para a tratativa dos resíduos	Acesso a serviços	Alternativa
13	Baixo acesso à agua tratada	Rede de abastecimento insuficiente	Acesso a serviços	Alternativa
14	Baixo desenvolvimento econômico	Número de empresas e empregos insuficientes	Acesso a serviços	Alternativa
15	Insuficiente oferta de transportes públicos	Cultura de mobilidade baseada no uso de automóveis	Acesso a serviços	Alternativa
16	Infraestrutura urbana insuficiente	Demanda populacional é maior que a infraestrutura disponível	Acesso a serviços	Cauda
17	Proporção significativa de habitações insalubres	Existência de favelas / cortiços	Morfologia urbana	Alternativa
18	A saúde não é percebida numa visão holística	A saúde é vista apenas como doença	Acesso a serviços	Cabeça
19	Sensação de insegurança nas cidades	Aumento na vigilância pública gera sensação do panoptismo	Acesso a serviços	Alternativa
20	Ambientes das cidades não atraentes	Zonas degradadas/ gentrificação	Morfologia urbana	Alternativa
21	Ineficiência das políticas favoráveis ao ecossistema estável e sustentável	Desconhecimento sobre as práticas de sustentabilidade ambiental	Acesso a serviços	Alternativa
22	Ausência de áreas verdes	Edificações realizadas sem controle do uso do território	Morfologia urbana	Alternativa
23	Ausência de espaços públicos para a prática de esportes	Cidade não favorece espaços para uma vida saudável	Acesso a serviços	Alternativa

24	Dificuldades no acesso à alimentação saudável	Expansão do mercado de alimentação industrializada	Acesso a serviços	Alternativa
25	Ausência de serviços públicos para a vida cotidiana (escolas, equipamentos de saúde, espaços de cultura/ lazer)	Insatisfação das necessidades sociais mínimas para uma vida saudável	Acesso a serviços	Opção estratégica

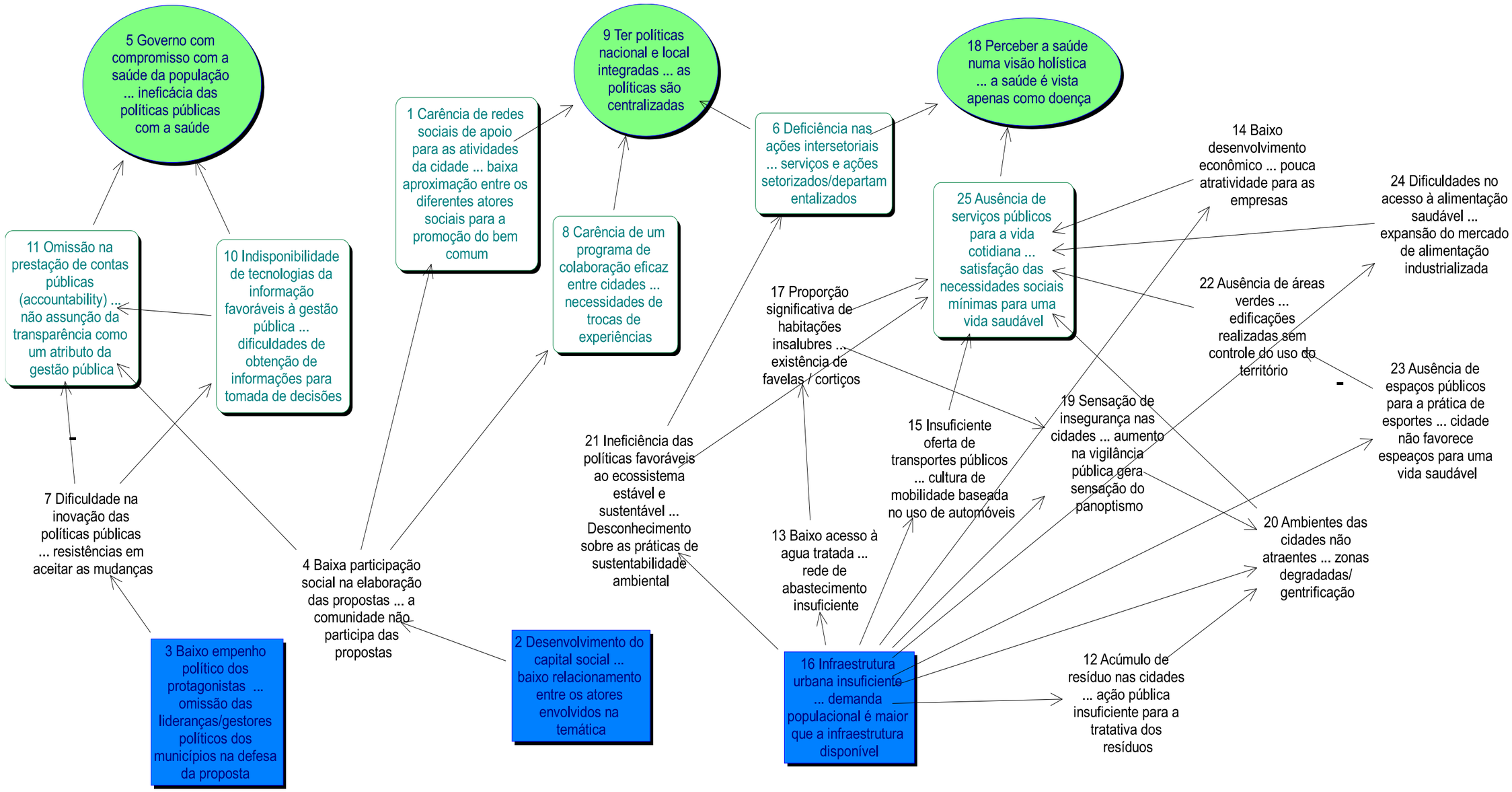
Fonte: Elaborado pela autora, com base na revisão bibliográfica inicial.

Com base na definição dos construtos, foi elaborado o mapa cognitivo, com apoio do *software Decision Explorer da Banxia Softw*are (Figura 10). Os construtos foram interconectados, considerando-se sua relação de interdependência de acordo com uma lógica da relação meio e fim. Ao construir o mapa foi necessário revisar também as definições de alguns construtos, quer em relação à descrição propriamente dita do construto, quer na organização da ideia do que seriam polo positivo e negativo. Também se percebeu que algumas classificações iniciais dos construtos foram alteradas, como mencionado. Essas alterações foram oriundas das análises realizadas no ato da elaboração do mapa SODA, visto que a análise gráfica facilita a visualização dos conceitos e das suas interrelações, antes apresentados apenas textualmente.

Ao elaborar o mapa, utilizando o programa *Decision Explorer da Banxia Software*, é gerada automaticamente uma numeração para cada construto, visando facilitar a identificação do construto. Essa numeração não tem nenhuma sequência hierárquica, de interface entre os construtos. Essa consideração é válida para todos os mapas elaborados com utilização desse *software* apresentados nesta pesquisa.

As figuras dos mapas desta pesquisa estão representadas graficamente de acordo com as regras definidas: caudas (quadrante retangular azul); alternativas, não possuem caixa ou esfera; opções estratégicas (quadrante retangular com bordas arredondadas); cabeça (círculo oval) na cor verde.

Figura 10 - Mapa SODA, construído para responder à questão “quais os principais enfrentamentos para o Planejamento Urbano de uma Cidade Saudável?” a partir do levantamento bibliográfico inicial.

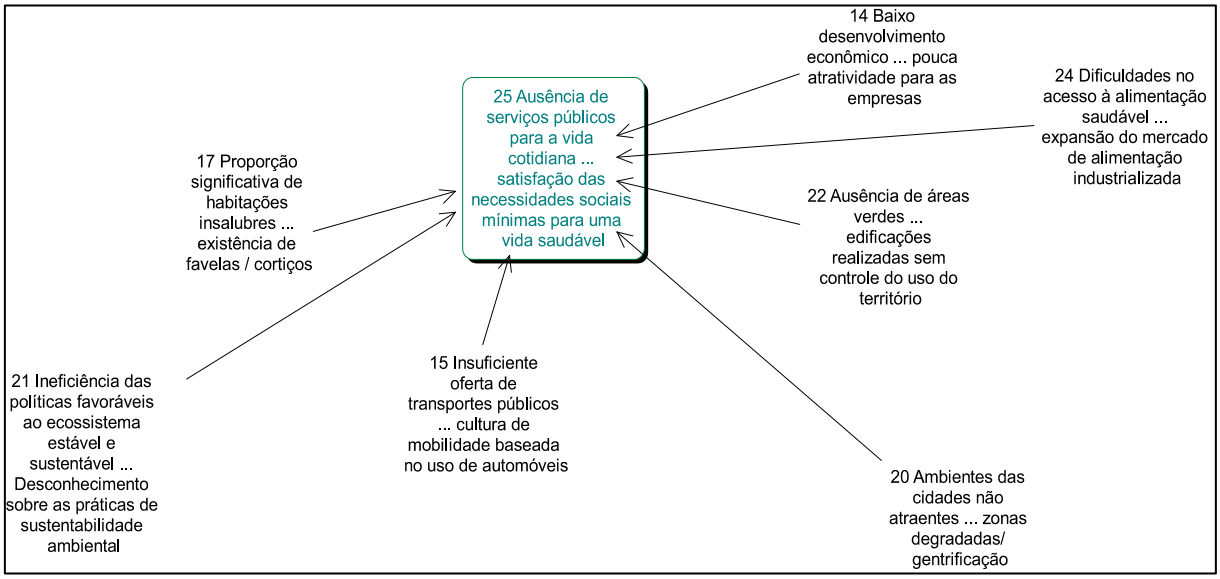


Fonte: A autora

Após a construção do mapa, os construtos foram avaliados por abordagem quantitativa e qualitativa. A análise quantitativa mostra que o mapa é constituído de três cabeças, seis opções estratégicas, treze alternativas e três caudas, bem como por construtos chave, tanto de implosão (sete recebimentos) como de explosão (nove saídas). Nenhum construto foi considerado dominante conforme Figura 10.

A partir do mapa SODA foi possível identificar os construtos com maior incidência de interligações (implosões), ou seja, que recebem mais interferências dos demais, os que geram maior número de conexão com os outros (explosões) e os que geram e recebem maiores interferências dos demais construtos (dominantes), que nesta experimentação não foram identificadas. Tais análises foram possíveis pela verificação do número das setas indicativas que interligam os respectivos conceitos, favorecendo a análise das questões que envolvem a problemática em estudo. As análises quantitativas podem ser percebidas por meio das visualizações parciais do mapa SODA, conforme Figuras 11 e 12.

Figura 11 - Construto implosão: uma possibilidade para a solução de alguns enfrentamentos das cidades Saudáveis baseado no levantamento bibliográfico inicial



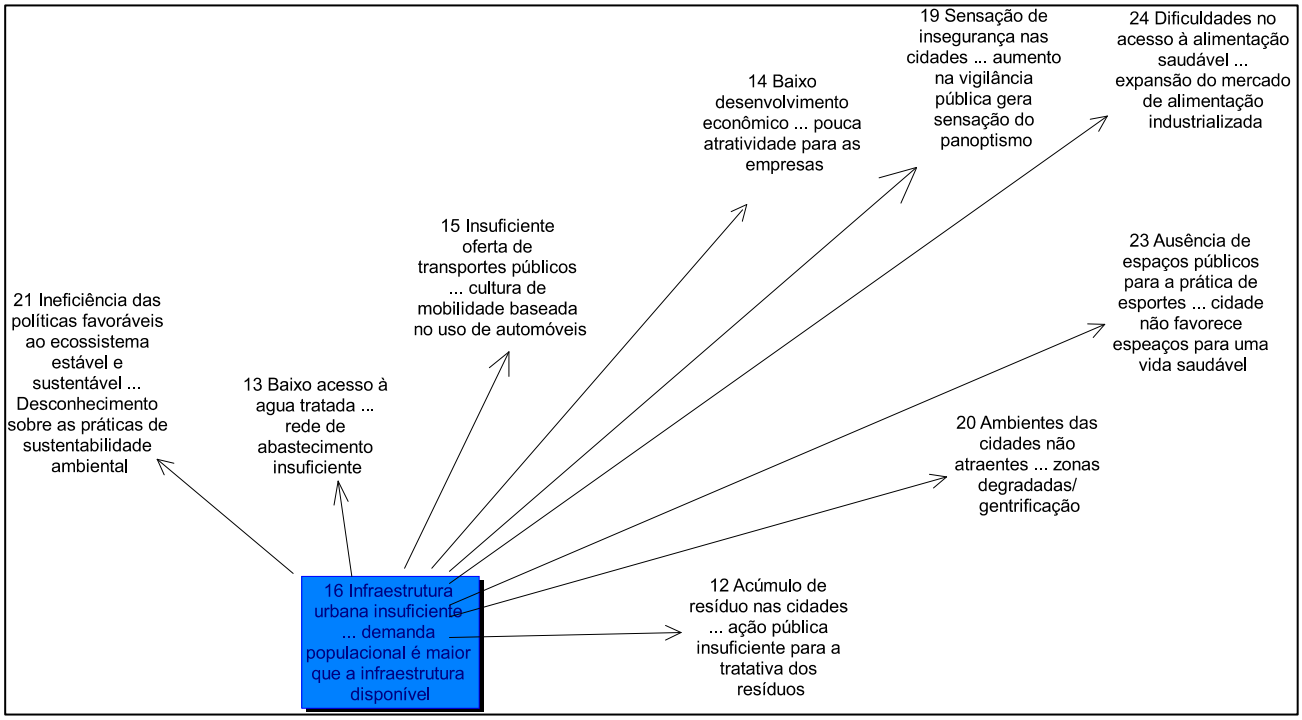
Fonte: A autora.

O construto 25 (ausência de serviços públicos para a vida cotidiana) é considerado implosão, recebendo sete interferências dos demais construtos. Sendo esse conceito uma opção estratégica, considera-se que a ausência de serviços públicos será minimizada a partir do momento em que a cidade tiver melhor desenvolvimento econômico (14), disponibilidade de alimentação saudável (24) e mais áreas verdes (22), ambientes atraentes (20), melhor oferta de transportes públicos (15), quando as habitações forem salubres (17) e as políticas forem favoráveis ao ecossistema estável (21). Com essa análise é possível dizer que, se a

cidade ofertar serviços públicos para uma vida cotidiana de forma que atenda às necessidades sociais para uma vida saudável, é provável que os demais enfrentamentos apontados sejam sido sanados. Também é possível interpretar que a oferta de serviços públicos para uma vida cotidiana de acordo com as premissas de uma cidade saudável só é passível ser percebida se existir uma poítica favorável ao desenvolvimento econômico, ao acesso à alimentação saudável, à existência de áreas verdes e ambientes urbanos atraentes, à oferta de transportes públicos, à existência de habitações salubres e quando as políticas forem favoráveis ao ecossistema estável.

Observa-se que essa leitura ocorre de forma circular, sendo possível perceber a circularidade do processo do conhecimento, conforme apontado por Maturana e Varela (1997) e Morin (2015). A relação da causualidade identificada em uma opção estratégica está vinculada à cauda (causa do problema), podendo ser melhor explicada pelas alternativas. Ou seja, para explicar uma opção estratégica é necessário ter identificado as causas de um problema e vice-versa. Para demonstrar os efeitos de uma causa, sugere-se, além das explicações das alternativas, identificação das opções estratégicas para melhorar os problemas apontados.

Figura 12 - Construto explosão: a causa de alguns enfrentamentos para a implementação do Programa Cidades Saudáveis baseado no levantamento bibliográfico inicial



Fonte: Elaborada pela autora.

Conforme Figura 12, o conceito 16 (infraestrutura urbana insuficiente) é considerado uma explosão. A partir dele, nove enfrentamentos são causados, percebidos pelas setas saindo desse conceito. Ou seja, a infraestrutura urbana insuficiente pode ser explicada pelo acúmulo de resíduos nas cidades (12), pelas zonas degradadas existentes nas cidades não atraentes (20), pela ausência de espaços públicos para uma vida saudável (23), pela dificuldade de acesso à alimentação saudável (24), pela sensação da insegurança (19), pelo baixo desenvolvimento econômico (14), pela pouca oferta de transportes públicos (15), pelo baixo acesso à água tratada (13) e pela ineficiência das políticas favoráveis ao ecossitema saudável (21).

A análise qualitativa desse mapa baseado na bibliografia indicada tem como ponto de partida a identificação de três objetivos a serem atingidos com as Cidades Saudáveis, conforme os construtos: ‘governo com compromisso com a saúde da população (5), ‘ter políticas nacional e local integradas’ (9) e ‘perceber a saúde numa visão holítica’ (18). Para que tais objetivos sejam atingidos serão necessárias implementações das seguintes opções estratégicas: assunção da transparência como atributo da gestão pública (11), disponibilidade de tecnologias da informação favoráveis à gestão pública (10), implementação de redes sociais de apoio para as atividades das cidades (1), implementação de programas de colaboração eficaz entre as cidades (8), ações intersectoriais (6) e disponibilidade de serviços públicos para a vida cotidiana (25).

As opções estratégicas responderiam aos problemas apontados nas caudas: baixo empenho dos políticos (3), baixo relacionamento entre os atores envolvidos com a temática (2) e infraestrutura insuficiente (16). O baixo empenho dos políticos (3) é percebido pelas dificuldades na inovação das políticas públicas e resistências em aceitar mudanças (7). O baixo relacionamento entre os atores envolvidos com a temática (2) é decorrente da baixa participação social na elaboração das propostas e da não participação da comunidade na proposta (4).

A infraestrutura urbana insuficiente (16) pode ser percebida pela ineficiência das políticas favoráveis ao ecossitema estável e sustentável (21), baixo acesso à água tratada (13), pela insuficiente oferta de transportes públicos (15), pela sensação de insegurança nas cidades (19), pelo acúmulo de resíduos na cidade (12), constituindo ambientes não atraentes (20), com ausência de espaços públicos para a prática de esportes (23), dificuldade de acesso à alimentação saudável (24) e baixo desenvolvimento econômico (14).

O baixo acesso à água tratada (13) também pode estar relacionado à proporção significativa de habitações insalubres (17), problema que tem relação direta com sensação de insegurança das cidades (19) e que se relaciona com os ambientes das cidades não atraentes (20). A ausência de espaços públicos para a prática esportiva (23) pode ser percebida pela ausência de áreas verdes (22).

Com base na literatura utilizada para a construção desse mapa SODA é possível dizer que os principais objetivos das cidades saudáveis são: ser regidas por governos compromissados com a saúde da população, com políticas locais e nacionais integradas e fundadas no conhecimento sobre a saúde na percepção holística. Esses objetivos não são atingidos porque se identifica nas cidades baixo desenvolvimento do capital social, baixo empenho político dos protagonistas e infraestruturas urbanas insuficientes. Os objetivos podem ser atingidos e os problemas apontados podem ser solucionados por meio de redes de apoio para as atividades das cidades, por ações intersetoriais, por programas que estimulem a colaboração entre as cidades, pela prestação das contas públicas de forma que favoreça a transparência, pela disponibilidade de tecnologias da informação favoráveis à gestão pública e pela oferta de serviços públicos para a vida cotidiana.

Além dessas questões, a diversidade de abordagens na produção acadêmica demonstra a relevância do contexto sociohistórico, cultural, político e econômico para a implantação de uma "cidade saudável", melhor compreendida como uma proposta política, o que torna o problema mais complexo. Com a construção do mapa SODA, pode-se ter clara visualização das variáveis em jogo e de suas inter-relações, o que possibilita e facilita a escolha de estratégias e ações para enfrentar a complexidade do planejamento urbano de Cidades Saudáveis.

5.2 A imersão no campo e os mapas cognitivos produzidos e validados pelos *stakeholders*

Todos os municípios sugeridos pela Coordenação Técnica da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis para fazer a pesquisa de campo, conforme listados na metodologia deste trabalho, foram visitados. Realizaram-se entrevistas com os políticos e técnicos dos respectivos municípios. As entrevistas foram realizadas de duas formas: estruturada e não estruturada. A entrevista estruturada teve por objetivo ampliar a percepção do problema pesquisado e realizar observações *in loco* das cidades que participam da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis. As entrevistas não estruturadas foram modeladas por meio do mapa cognitivo SODA, conforme se apresenta adiante.

Ao longo das visitas, constatou-se que os municípios apresentam, nas zonas urbanas, alguns aspectos morfológicos semelhantes, tais como: limpeza urbana, ambientes e monumentos conservados, vias urbanas acessíveis, espaços verdes, serviços e comércios, preservação da gastronomia local, além de pessoas simpáticas e acolhedoras. Nas entrevistas realizadas, todos os entrevistados afirmaram que as melhorias nas cidades portuguesas ocorreram nos últimos anos em decorrência das diretivas da União Europeia e dos aportes de capitais financeiros para que fossem implementadas. As cidades litorâneas foram as mais beneficiadas, pois são consideradas estratégicas para o comércio europeu. O *site* da União Europeia (https://europa.eu/european-union/about-

eu/countries/member-countries/portugal_pt) informa que Portugal aderiu à União Europeia em 1986 e que, em 1999, tornou-se membro da zona do euro, passando a utilizar essa moeda como oficial.

As principais características de Portugal, segundo o *site* da União Europeia, são:

> Tem um regime semipresidencialista. O Presidente da República, que é o chefe de Estado, é responsável por nomear o primeiro-ministro e de dissolver a Assembleia da República. Administrativamente, o país está dividido em 308 concelhos, subdivididos em 3092 freguesias. Do ponto de vista operacional, as únicas unidades administrativas locais juridicamente identificáveis são o concelho e a freguesia, incluindo as das regiões autónomas da Madeira e dos Açores.
> Em 2016, os setores mais importantes da economia portuguesa foram o comércio grossista e retalhista e os serviços de transportes, alojamento e restauração (24,9 %), a administração pública, a defesa, a educação, a saúde e os serviços sociais (19,7 %) e a indústria (18,5 %).
> 75 % das exportações portuguesas destinam-se a outros países da UE (Espanha – 26 %; França – 13 %, Alemanha – 12 %). Das exportações para o exterior da UE, 5 % têm como destino os Estados Unidos e 3 % Angola.
> No que respeita às importações, 78 % provêm de países da UE (Espanha – 33 %, Alemanha – 14 %, França - 7 %). Das que provêm do exterior da UE, destacam-se as importações provenientes da China (3 %) e as da Rússia (2 %).

Portugal apresenta, segundo os dados divulgados no *site* do governo federal (https://www.portugal.gov.pt/pt/gc21), as seguintes características sociopolíticas e econômicas (Quadro 12):

Quadro 12 – Caracterização sociopolitica e econômica de Portugal. Indicadores selecionados.

Indicador	Dado
População (2011) – milhares	10.555.000 habitantes
Regime político vigente	Democracia
Data da fundação do país	1143
Território	92.152 km^2 Dividido em 18 distritos no continente e duas regiões autônomas (Madeira e Açores)
Renda per capita (2016)	17.905 euros
Saldo da balança comercial (% PIB)	2,2
Taxa de desemprego (%) (dez/2017)	8,8 %
População empregada (dez/ 2017) – milhares	4.760,40
Saldo demográfico (saldo natural-migratório) – 2016	(-31,8)
Taxa bruta de escolarização (frequência) – 2015/2016	Educação pré-escolar: 91,1 Ensino básico: 109,6 Ensino secundário: 11,7
Abandono precoce (18-24 anos) – 2015/2016	14%

Esperança de vida à nascença (2015)	81 anos
Taxa de mortalidade infantil (2016) %	3,2%

Fonte: Portugal, 2018.

Como parte desta fase da pesquisa, teve-se como procedimento metodológico a realização de 05 (cinco) entrevistas qualitativas, não estruturadas e abertas, com *stakeholders* que participam ativamente dos programas da Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis ou que de alguma forma exercem influências que podem afetar a Rede, conforme descrito na metodologia. As entrevistas são apresentadas conforme modelagem de mapas cognitivos individuais, segundo a metodologia SODA, e os mapas apresentados em forma narrativa, numa explanação da relação entre os construtos, conforme as entrevistas com cada um dos *stakeholders*. A pergunta norteadora foi: "quais os principais enfrentamentos para implementação do Programa Cidades Saudáveis da OMS em Portugal?" Cada um dos mapas, posteriormente, foi validado presencialmente pelos entrevistados.

5.2.1 Entrevistada 1, Coordenação Técnica: A visão holística da saúde e literacia sobre a saúde são componentes essenciais para uma Cidade Saudável

De todos os mapas SODA desenvolvidos, este foi o que apresentou maior número de conceitos e maior grau de complexidade. Tal fato pode ter ocorrido porque a entrevistada exerce função estratégica e técnica para toda a Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis. Tem bastante conhecimento técnico sobre o programa, além visão e entendimento estratégico e político da Rede.

De acordo com a entrevista (Figura 13), o principal objetivo a ser alcançado pelos municípios que implementam tal programa é atingir melhora nos determinantes de saúde por meio de implementação de serviços cotidianos com vistas à construção de uma vida saudável nos diferentes territórios de um município. Dessa forma, as pessoas que vivem nesses territórios passarão a ter de fato o direito à cidade e usufruir seus direitos de cidadão. Para que isso ocorra é necessário que os profissionais e políticos envolvidos tenham visão interdisciplinar da saúde, que por muitas vezes é considerada apenas como um conjunto de ações com foco no tratamento de doenças.

Entendendo-se a saúde de forma sistêmica e holística, há possibilidade de que técnicos e políticos a percebam como norteadora de uma integração das diferentes áreas de atuação de um governo. Isso, de alguma forma, poderia diminuir a disputa por espaços do poder e promover uma política mais integrada.

Tal mudança paradigmática pode favorecer uma revisão nas agendas políticas, inserindo os objetivos da promoção da saúde como norteadores das políticas públicas. O desconhecimento do conceito da saúde de forma sistêmica impede os trabalhos interdisciplinares.

Caso os políticos insiram em suas agendas a temática da promoção da saúde, poderá a população atuar como grande incentivadora na realização das atividades, exigindo prestação de contas e ações que beneficiem um maior grupo de pessoas, e não apenas interesses individuais, o que muitas vezes é observado.

A proposta das Cidades Saudáveis é estratégica, com resultados em longo prazo. Para implementá-la é necessário que os políticos envolvidos tenham visão estratégica, postura voltada à constituição de parcerias e, se necessário, participação em redes temáticas e formalização do programa junto à OMS. Para o exercício desse programa, os líderes políticos necessitam ter postura de liderança e realização, para que possam promover um ambiente favorável à mudança, contando com a motivação das equipes envolvidas em seus respectivos trabalhos.

Esse programa deve ser percebido como uma oportunidade de mudança metodológica de intervenção nas cidades, tendo como referência as diretrizes da OMS para promover a qualidade de vida e o bem-estar da população por meio da promoção da saúde.

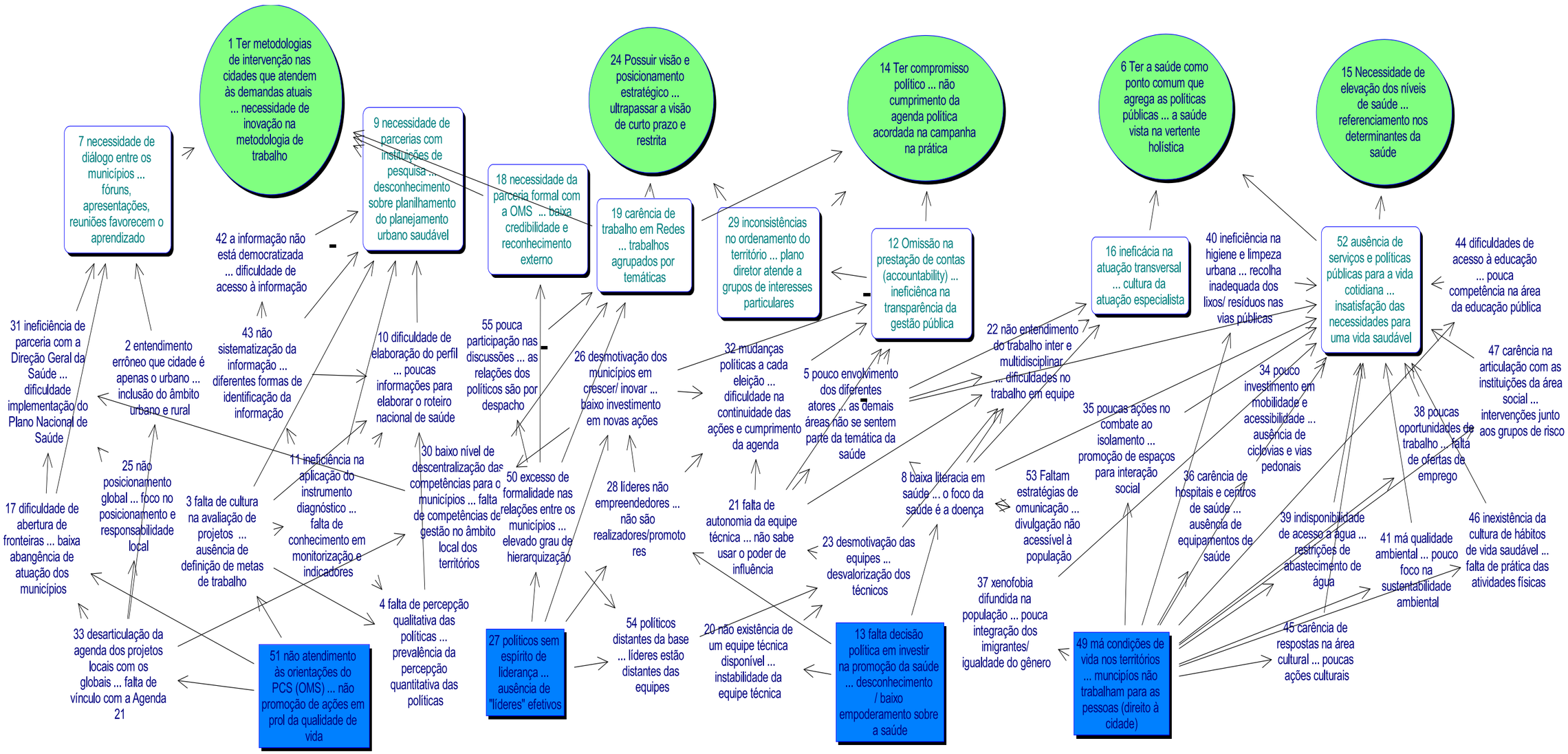
Os construtos identificados nesse mapa totalizam 54, conforme Tabela 1 e Figura 13.

Tabela 1 - Tipos de construtos do Mapa SODA identificados de acordo com a Entrevistada 1 – Coordenação Técnica

TIPOS DE CONSTRUTOS	**NÚMERO DE CONSTRUTOS**
Cabeças	5
Opções estratégicas	8
Alternativas	37
Caudas	4
Total	54

Fonte: A autora

Figura 13 - Mapa SODA baseado na Entrevistada 1 – *stakeholder* Coordenadora Técnica



Fonte: A autora

5.2.2 Entrevistada 2, ator político: Políticas locais, integradas às globais, são estratégias essenciais para construir um país saudável

Para a entrevistada 2, suas maiores preocupações visam alcançar os macro objetivos de um município que se propõe a implementar o programa de Cidades Saudáveis, entre eles: perceber a saúde com uma visão holística e ter estratégias para construir um país saudável com políticas locais integradas às globais.

Para essa entrevistada, a pouca preocupação com o bem estar da população, decorrente do desconhecimento sobre qualidade de vida, é considerada um dos principais enfrentamentos de um município para implementar o Programa de Cidades Saudáveis, e isso pode ser percebido pela não oferta de serviços para a população e muitas vezes porque o município não se adequou ao novo perfil da sua população. O fato de perceber a saúde apenas como doença também pode ter como causa a falta de visão multidisciplinar das equipes envolvidas.

A construção de um país mais saudável, de acordo com essa entrevistada, poderia ser facilitada pela constituição de protocolos dos municípios junto à Administração Central e por meio de uma visão de futuro por parte dos municípios. Em outras palavras, os gestores públicos necessitariam ter uma visão de longo prazo, extrapolando suas ações de curto prazo. O objetivo de constituir um país mais saudável também sofre a dificuldade de ter a saúde como norteadora das políticas públicas.

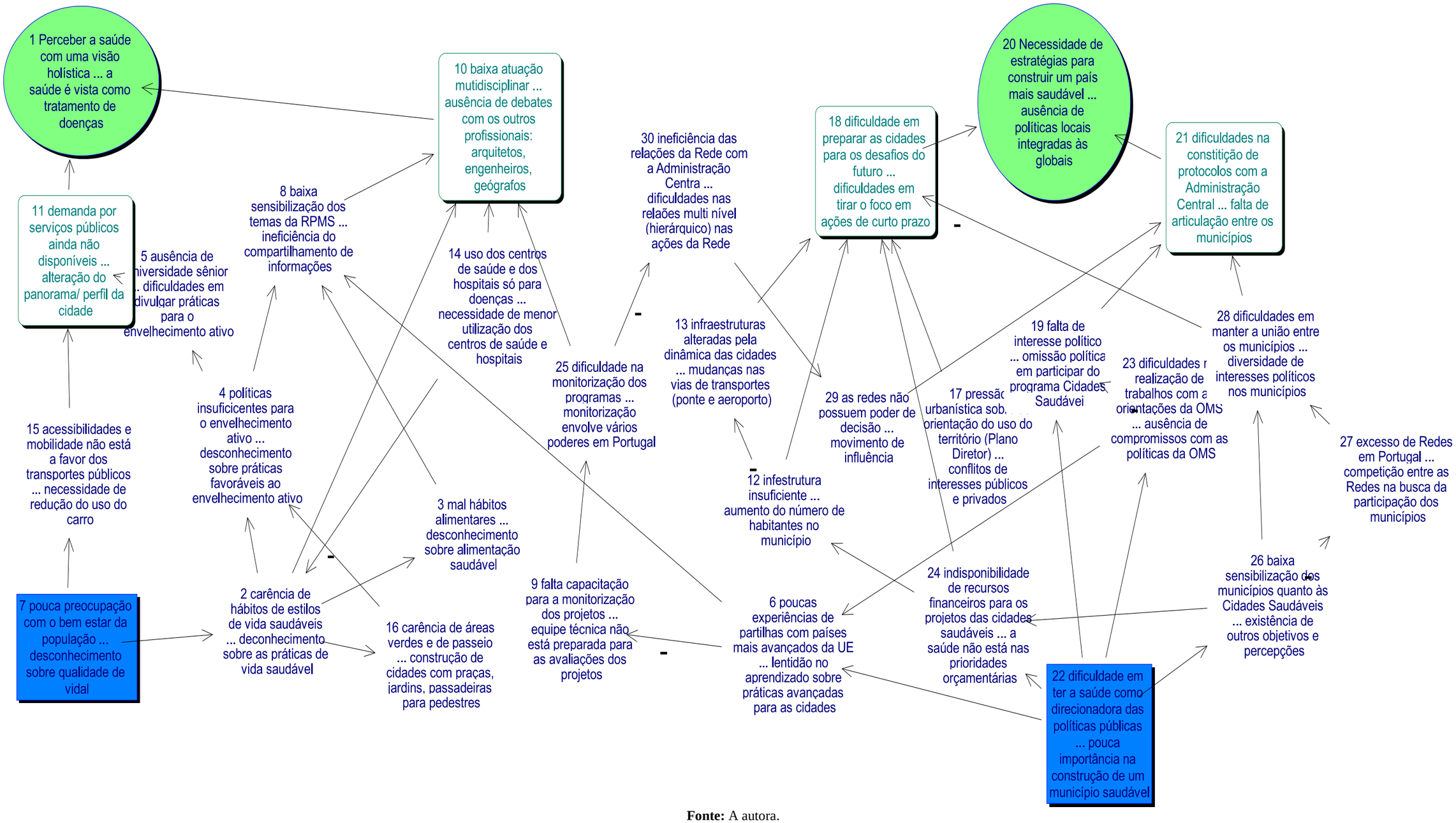
Os construtos identificados nesse mapa totalizam 30, conforme Tabela 2 e Figura 14.

Tabela 2 - Tipos de construtos do Mapa SODA identificados de acordo com a Entrevistada 2 – Política

TIPOS DE CONSTRUTOS	NÚMERO DE CONSTRUTOS
Cabeças	2
Opções estratégicas	4
Alternativas	22
Caudas	2
Total	30

Fonte: A autora

Figura 14 - Mapa SODA baseado na Entrevistada 2 – *stakeholder* Política



Fonte: A autora.

5.2.3 Entrevistada 3, ator político: A saúde é estratégia direcionadora das políticas públicas

Para a entrevistada 3, suas maiores preocupações visam alcançar os macro objetivos de um município que se propõe a implementar o programa de Cidades Saudáveis, entre eles: ter a saúde como direcionadora das políticas públicas, desenvolver projetos inovadores que favoreçam a motivação da população e desenvolver programas com foco nos determinantes da saúde de forma a favorecer o conhecimento junto à população.

Para essa vereadora, o programa Cidades Saudáveis pode ser percebido como um chapéu das políticas públicas, tendo em vista que abrange diferentes segmentos e atores, constituindo-se como uma proposta complexa. Para que isso ocorra é necessário que essa temática seja inserida na agenda política dos governantes e, de preferência, que tenha sido divulgada em campanhas eleitorais. Sua implementação também dependerá de planejamentos de longo prazo e da integração entre as cidades, para troca de informações e experiências.

O desenvolvimento de projetos inovadores que possam favorecer a motivação da população dependerá, dentre outros fatores, da parceria público–privada, da atuação interdisciplinar entre as equipes e da percepção da saúde como um conceito complexo e sistêmico.

Para atingir melhor nível de saúde de acordo com os determinantes de saúde, além de uma percepção interdisciplinar é necessário o estímulo aos hábitos de vida saudável que possa ser favorecida pela oferta de serviços públicos à população.

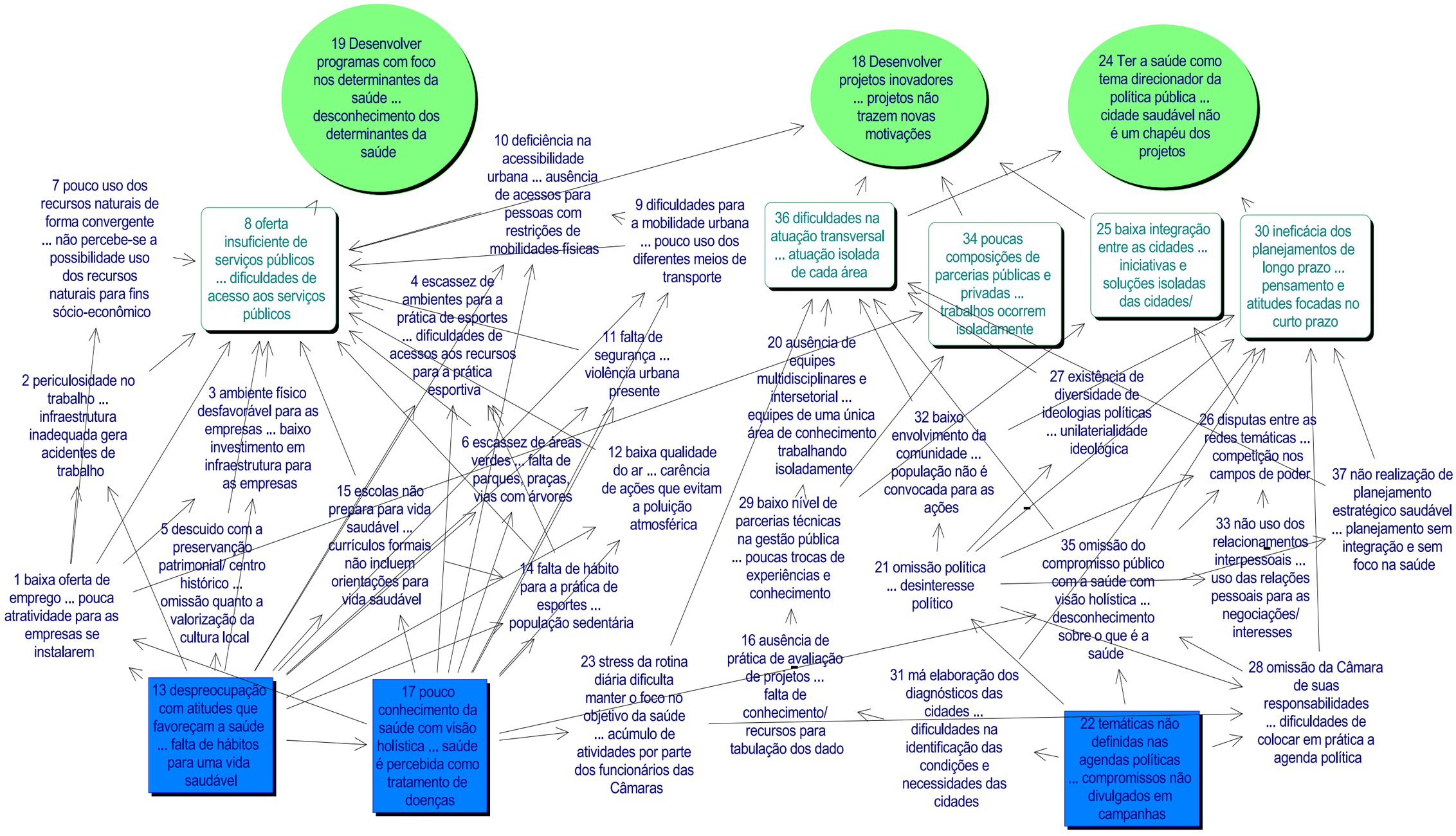
Os construtos identificados nesse mapa totalizam 37, conforme Tabela 8 e Figura 15.

Tabela 3 - Tipos de construto do Mapa SODA identificados de acordo com a Entrevistada 3 – Política

TIPOS DE CONSTRUTOS	NÚMERO DE CONSTRUTOS
Cabeças	3
Opções estratégicas	5
Alternativas	26
Caudas	3
Total	37

Fonte: A autora.

Figura 15 - Mapa SODA baseado na Entrevistada 3 – *stakeholder* Política



Fonte: A autora

5.2.4 Entrevistada 4, coordenação técnica: Os determinantes sociais de saúde são norteadores do planejamento urbano saudável

Para a entrevistada 4, suas maiores preocupações visam alcançar os macro objetivos de um município que se propõe a implementar o programa de Cidades Saudáveis, entre eles: elevar os níveis de saúde de saúde tendo como referência os determinantes de saúde, instituir o planejamento urbano saudável, indo além das melhorias físicas dos municípios, e introduzir a promoção da saúde como norteadora das políticas públicas.

Para essa entrevistada, elevar os níveis de saúde dependerá da disponibilidade de recursos financeiros, desde que a saúde seja considerada prioritária nas políticas públicas, sendo percebida como promoção de saúde, e não como tratamento de doenças. Esses recursos, dentre outras realizações, possibilitarão a constituição de equipes para atuação nos determinantes de saúde.

O Planejamento Urbano saudável somente ocorrerá se o programa de Cidades Saudáveis for reconhecido como um programa de longo prazo, sobrepondo-se aos de curto prazo e aos interesses políticos individuais. Como uma das estratégias para sua implementação, essa entrevistada considera essenciais as ações do sistema de comunicação junto à população, para que os resultados desejados sejam implementados.

Considerando a literacia em saúde, termo em português de Portugal usado em referência à educação, é possível ter um trabalho multidisciplinar e constituir parcerias para introduzir a promoção da saúde na agenda política como norteadora das políticas públicas.

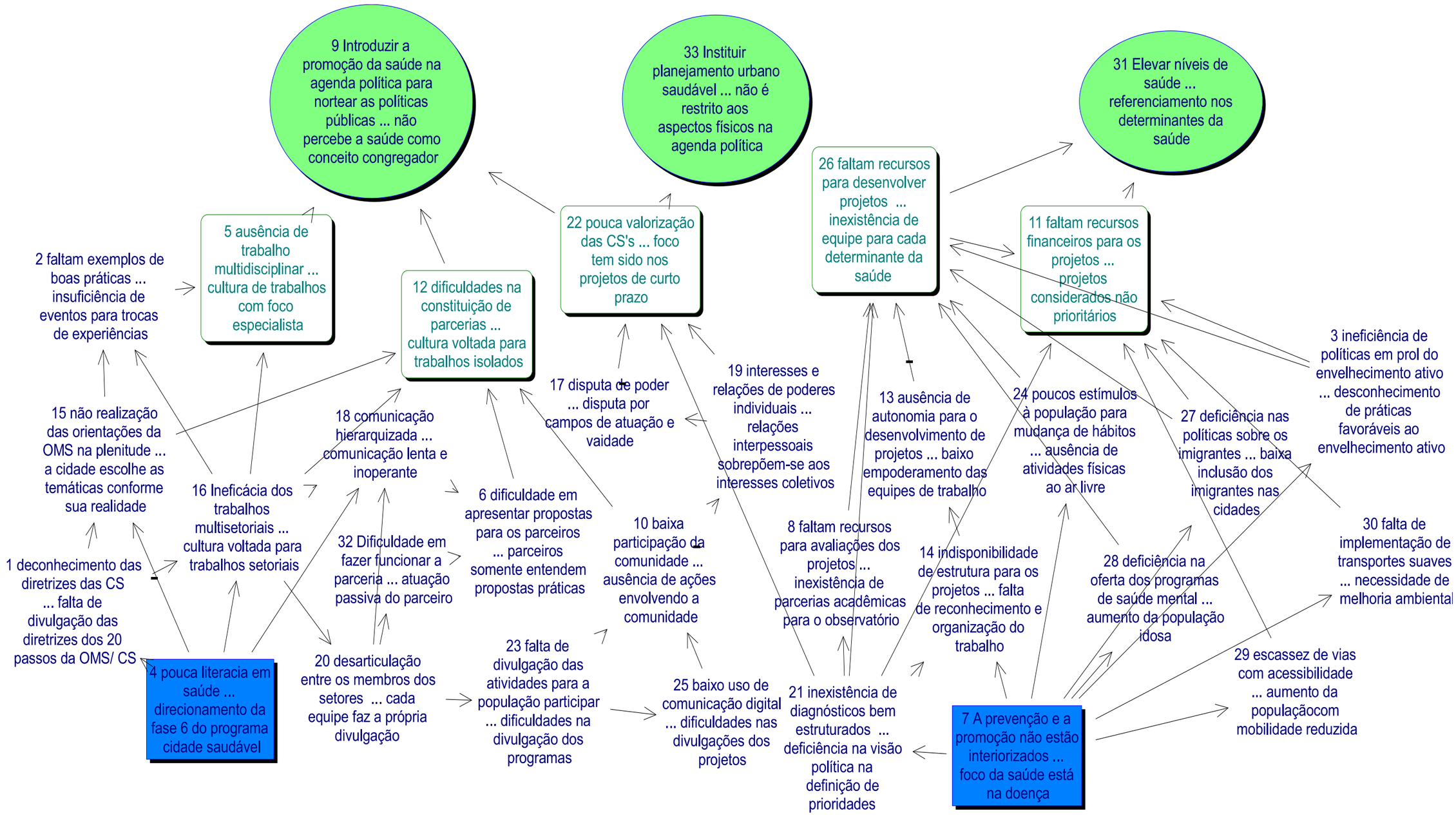
Os construtos identificados nesse mapa totalizam 31, conforme Tabela 4 e Figura 16.

Tabela 4 - Tipos de construtos do Mapa SODA identificados de acordo com a Entrevistada 4 - Coordenadora Técnica

TIPOS DE CONSTRUTOS	NÚMERO DE CONSTRUTOS
Cabeças	2
Opções estratégicas	5
Alternativas	22
Caudas	2
Total	31

Fonte: A autora.

Figura 16 - Mapa SODA baseado na Entrevistada 4 – *stakeholder* Coordenadora Técnica



Fonte: A autora

5.2.5 Entrevistada 5, acadêmica: Programa cidades saudáveis, um chapéu para as políticas públicas.

Para a, entrevistada 5 (cinco), suas maiores preocupações visam alcançar os macro objetivos de um município que se propõe a implementar o programa de Cidades Saudáveis, entre eles: ter a visão holística da saúde, perceber o programa de Cidades Saudáveis como um chapéu para as políticas públicas e ter uma visão estratégica com foco no longo prazo.

Para a professora, o alcance da visão holística da saúde requer implementação, nos municípios, de inovações materiais e tecnológicas favoráveis à qualidade de vida e de disponibilização de profissionais com formação interdisciplinar da saúde, para que possam trabalhar a intersetorialidade. Para essa entrevistada, tal objetivo não é alcançado porque as diretrizes das Cidades Saudáveis não são incorporadas à agenda política por falta de conhecimento.

Uma das estratégias que pode favorecer a efetivação das Cidades Saudáveis como "chapéu" das políticas públicas é a adoção de ações intersetoriais, fomentadas pelo compartilhamento de conhecimentos entre municípios organizados em rede, unidos, tanto por essa temática, quanto pelo conhecimento das metodologias de inovação social. O fato de esse objetivo não ser atingido tem relação com a falta de compromisso dos políticos com o bem-estar da população.

Resultados de longo prazo, a partir de uma visão estratégica, podem ser obtidos por meio da combinação do envolvimento da população, da cobrança da prestação de contas e da inclusão de inovações sociais. As principais causas para que esse objetivo de alcançar resultados de longo prazo e estratégico não seja atingido são a falta de articulação entre as políticas locais e globais, bem como a não articulação multinível entre as políticas, conforme as hierarquias: OMS, Rede Nacional, Governo Central e Governos Municipais.

Observa-se que o mapa oriundo da entrevista com essa *stakeholder* é de elevada complexidade, devido aos temas apontados, de âmbito internacional, que mencionam a União Europeia e suas diretivas como norteadoras para as políticas públicas, e também devido a uma visão acadêmica e uma prática de investigação científica no âmbito do planejamento urbano de Cidades Saudáveis que vão além da vivência portuguesa. Tal complexidade é percebida na forma do mapa por meio dos diversos cruzamentos que interligam os construtos, sendo difícil definir relações causuais mais objetivas, conforme aponta Eden (2014).

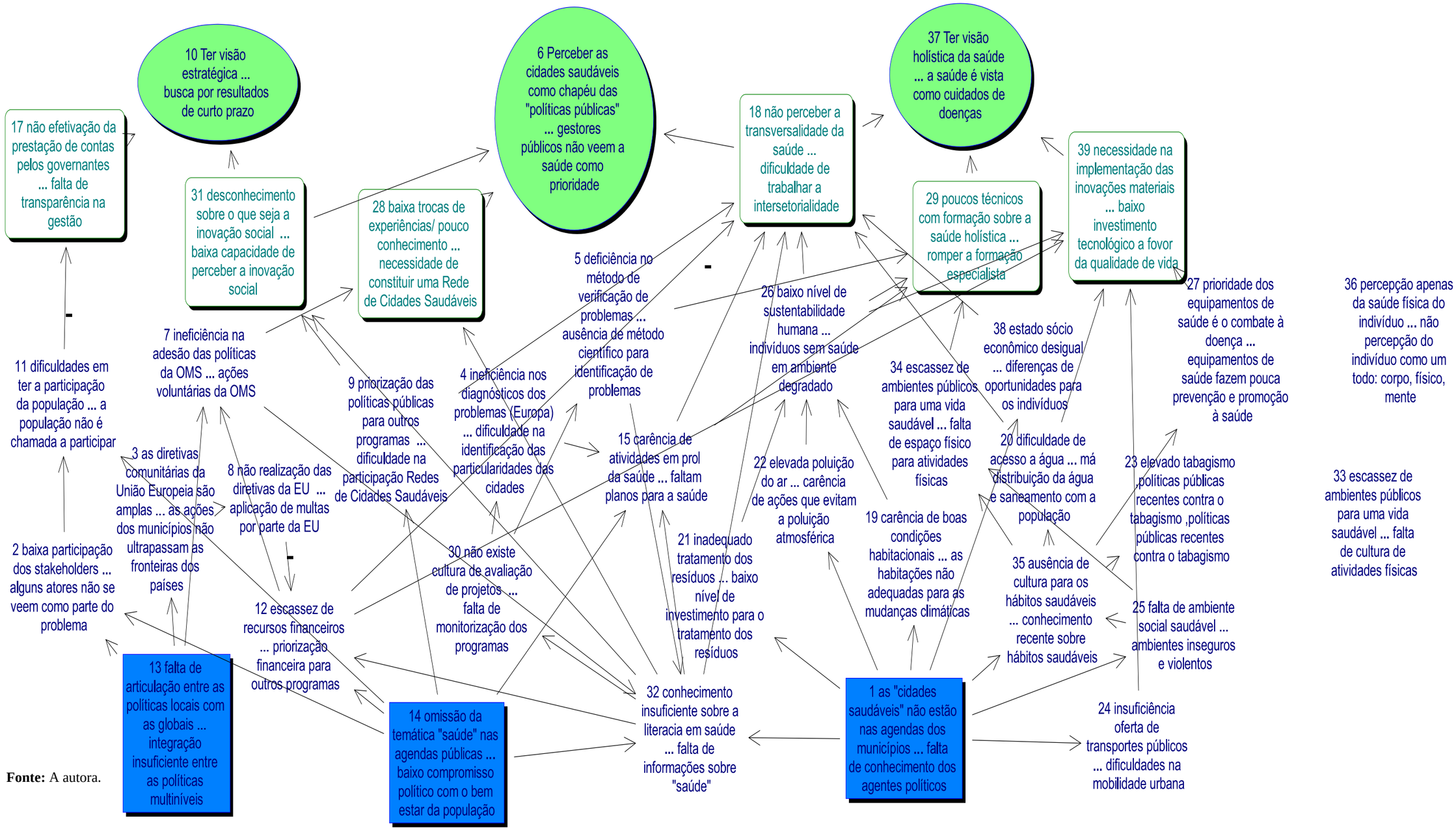
Os construtos identificados nesse mapa totalizam 36, conforme Tabela 5 e Figura 17.

Tabela 5- Tipos de construtos do Mapa SODA identificados de acordo com a Entrevistada 5 - Acadêmica

TIPOS DE CONSTRUTOS	NÚMERO DE CONSTRUTOS
Cabeças	3
Opções estratégicas	6
Alternativas	24
Caudas	3
Total	36

Fonte: A autora

Figura 17 - Mapa SODA baseado na Entrevistada 5 – *stakeholder* Acadêmico



Fonte: A autora.

5.3 Integração das ideias entre os *stakeholders*. Concepções convergentes e complementares. Mapa agregado e congregador.

A diversidade dos perfis dos *stakeholders* (políticos, técnicos e acadêmicos) entrevistados para a construção do mapa cognitivo SODA, conforme orientações de Wang, , Liu e Mingers (2015), e a experiência de longo prazo deles constituíram a base essencial para o entendimento dos enfrentamentos da implantação do Programa Cidades Saudáveis. Apesar das experiências e formações diferenciadas dos atores, as percepções sobre o objeto em estudo apresentarem-se convergentes entre si e complementares. Essa similaridade quanto à compreensão do problema também pode ser decorrente de terem vivido no mesmo período histórico do país, momento este em que Portugal escolhe a promoção da saúde como uma de suas diretrizes política, tendo como um dos norteadores o Programa Cidades Saudáveis.

Como diria Maturana (1997), um aprendizado social decorre das interações humanas recorrentes num momento histórico, e seu entendimento sobre um fenômeno social é resultante das representações de mundo dos indivíduos. Cada um desses *stakeholders* tem uma representação que varia conforme suas experiências, no âmbito político, técnico ou acadêmico, o que explica que o ponto de vista de cada um deles é influenciada pelo que vivenciaram.

Com base nos mapas individuais validados e nas diferentes formas, convergentes e complementares entre si, foi iniciada a agregação dos conceitos entre os cinco mapas, totalizando 188 construtos. Pela abordagem desta pesquisa, que toma a proposta de Cidades Saudáveis como uma orientação para a política pública do Planejamento Urbano, optou-se por manter apenas os construtos considerados estratégicos e de alto nível de complexidade. Tal depuração dos dados foi essencial para dar maior clareza e objetividade ao entendimento do problema em estudo, sem torná-lo simplista, conforme sugere Eden (2004).

Num primeiro momento foram excluídos, dos 188 construtos iniciais, 59 construtos em duplicidade mencionados pelos *stakeholders*, resultando em 129, o que demonstra a similaridade do entendimento do problema por parte desses atores. Após uma reanálise, foram excluídos 70 construtos (Quadro 13), 41 deles por terem sido considerados como implícitos em outros construtos, 26 por terem sido considerados tático-operacionais, ou seja, não atendiam ao elevado nível de complexidade do problema, e 3 porque foram considerados de pouca relevância.

Quadro 13 - Construtos excluídos para construção do mapa congregado

POLOS POSITIVOS	POLOS NEGATIVOS	JUSTIFICATIVA DA EXCLUSÃO
ausência de projetos inovadores	projetos não trazem novas motivações	implícito em outro construto
baixa oferta de emprego	pouca atratividade para as empresas se instalarem	implícito em outro construto
deficiência na oferta dos programas de saúde mental	aumento da população idosa/ sênior	implícito em outro construto
trazer novos conhecimentos	encontro de caminhos e orientações para superar as dificuldades	implícito em outro construto
baixa sensibilização dos temas da RPMS	ineficiência do compartilhamento de informações - fóruns, reuniões, etc.	implícito em outro construto
pouco investimento em mobilidade e acessibilidade	ausência de ciclovias e vias pedonais	implícito em outro construto
baixa atuação multidisciplinar	ausência de debates com outros profissionais: os arquitetos, engenheiros, geógrafos	implícito em outro construto
ausência de parcerias com instituições de pesquisa	desconhecimento sobre planilhamento do planejamento urbano saudável	implícito em outro construto
indisponibilidade de recursos financeiros para os projetos das cidades saudáveis	a saúde não está nas prioridades orçamentárias	implícito em outro construto
disputa de poder	disputa por campos de atuação e vaidade	implícito em outro construto
excesso de Redes em Portugal	competição entre as Redes na busca da participação dos municípios	implícito em outro construto
carência de trabalho em Redes	trabalhos agrupados por temáticas	implícito em outro construto
excesso de Redes em Portugal	competição entre as Redes na busca da participação dos municípios	implícito em outro construto
congregação das Redes na Europa	acolhimento das Redes e dos municípios	implícito em outro construto
as diretivas comunitárias da EU são amplas	as ações dos municípios não ultrapassam as fronteiras do país	implícito em outro construto
insuficiência de forças para as instituições nacionais fazerem protocolos	falta de articulação entre os municípios	implícito em outro construto
pouca participação nas discussões	as relações dos políticos são por despacho	implícito em outro construto
necessidade de abertura de fronteiras	ampliação da abrangência de atuação	implícito em outro construto
ineficácia dos planejamentos de longo prazo	pensamento e atitudes focadas no curto prazo	implícito em outro construto

desarticulação da agenda dos projetos locais com os globais	falta de vínculo com a Agenda 21	implícito em outro construto
ineficiência na adesão das políticas da OMS	ações voluntárias da OMS	implícito em outro construto
baixo nível de descentralização das competências para os municípios	necessidade de competências de gestão no âmbito local dos territórios	Implícito em outro construto
não atendimento às orientações do PCS (OMS)	não promoção de ações em prol da qualidade de vida	implícito em outro construto
falta de ambiente social saudável	ambientes inseguros e violentos	implícito em outro construto
as redes não possuem poder de decisão	não obrigam o poder central a tomar decisões, mas são movimentos de pressão, de influência	implícito em outro construto
movimento de base para o topo das hierarquias - multinível	ingresso ***voluntário*** nas Redes	implícito em outro construto
falta de implementação de transportes suaves	necessidade de melhoria ambiental	implícito em outro construto
baixa credibilidade e reconhecimento externo	parceria formal com a OMS	implícito em outro construto
indisponibilidade de acesso a água	restrições de abastecimento de água	implícito em outro construto
a informação não está democratizada	dificuldade de acesso à informação	implícito em outro construto
baixa qualidade do ar	carência de ações que evitam a poluição atmosférica	implícito em outro construto
baixo envolvimento da comunidade	população não é convocada para as ações	implícito em outro construto
demanda por serviços públicos ainda não disponíveis	alteração do panorama/ perfil da cidade	implícito em outro construto
foco nos projetos de curto prazo	necessidade de visibilidade política com obras	implícito em outro construto
deficiência na acessibilidade urbana	ausência de acessos para pessoas com restrições de mobilidades físicas	implícito em outro construto
dificuldade em preparar as cidades para os desafios do futuro	dificuldades em tirar o foco em ações de curto prazo	implícito em outro construto
não posicionamento global	posicionamento e responsabilidade local	implícito em outro construto
prioridade dos equipamentos de saúde é o cambate à doença	equipamentos de saúde fazem pouca prevenção e promoção à saúde	implícito em outro construto
líderes não empreendedores	necessidade de grupos que realizem/ promotores	implícito em outro construto
Ineficiência na parceria com a Direção Geral da Saúde	dificuldade implementação do Plano Nacional de Saúde	implícito em outro construto
má condições de vida nos territórios	municípios não trabalham para as pessoas (direito à cidade)	implícito em outro construto

baixo uso de comunicação digital	dificuldades nas divulgações dos projetos	tático/operacional
necessidade de diálogo entre os municípios	faltam fóruns, apresentações, reuniões favorecem o aprendizado	tático/operacional
ineficiência na higiene e limpeza urbana/ jardins limpos	recolha dos lixos/ resíduos	tático/operacional
necessidade de diminuição da periculosidade no trabalho	infraestrutura inadequada gera acidentes de trabalho	tático/operacional
descuido com a preservação patrimonial/ centro histórico	omissão quanto a valorização da cultura local	tático/operacional
inexistência da cultura de hábitos de vida saudável	falta de prática das atividades físicas	tático/operacional
elevado tabagismo	políticas públicas recentes contra o tabagismo	tático/operacional
poucas oportunidades de trabalho	falta de ofertas de emprego	tático/operacional
não existência de um equipe técnica disponível	instabilidade da equipe técnica	tático/operacional
stress da rotina diária dificulta manter o foco no objetivo da saúde	acúmulo de atividades por parte dos funcionários das Câmaras	tático/operacional
falta de autonomia da equipe técnica	baixo pode de decisão/ não sabe usar o poder de influência	tático/operacional
dificuldades no trabalho em equipe	não entendimento do trabalho inter e multidisciplinar	tático/operacional
indisponibilidade de estrutura para os projetos	falta de reconhecimento e organização do trabalho	tático/operacional
desmotivação das equipes	desvalorização dos técnicos x paixão pelo que se faz	tático/operacional
excesso de formalidade nas relações entre os municípios	elevado grau de hierarquização	tático/operacional
má elaboração dos diagnósticos das cidades	dificuldades na identificação das condições das cidades	tático/operacional
pouca disponibilidade de recursos pela câmara	omissão da Câmara de suas responsabilidades	tático/operacional
escolas não preparam para vida saudável	currículos formais não incluem orientações para vida saudável	tático/operacional
maus hábitos alimentares	desconhecimento sobre alimentação saudável	tático/operacional
necessidade de formação das equipes com a visão holística da saúde	profissionais não percebem a saúde de forma holística	tático/operacional
ausência de universidade sênior	dificuldades em divulgar práticas para o envelhecimento ativo	tático/operacional
comunicação hierarquizada	comunicação lenta e inoperante (às vezes)	tático/operacional
cada equipe faz a própria divulgação	desarticulação entre os membros dos setores	tático/operacional
falta capacitação para a monitorização dos projetos	equipe técnica não está preparada para as avaliações dos projetos	tático/operacional

dificuldade de elaboração do perfil e plano de desenvolvimento de saúde	poucas informações para elaborar o roteiro nacional de saúde	tático/operacional
ineficiência na aplicação do instrumento diagnóstico	falta de conhecimento e comprometimento	tático/operacional
ineficiência nos diagnósticos dos problemas da Europa	dificuldade na identificação das particularidades das cidades	não relevante
aproveitamento dos relacionamentos interpessoais	uso das relações pessoais para as negociações/ interesses	não relevante
insuficiência na implementação das inovações materiais	baixo investimento tecnológico	não relevante

Fonte: A autora

Para constituir o mapa agregado consideraram-se os 59 construtos resultantes das exclusões anteriores. A leitura transversal das entrevistas possibilitou a categorização dos principais construtos identificados em três *clusters*: conhecimento, governança e condições socioespaciais para uma vida saudável. Essas classificações estão em concordância com a produção acadêmica sobre o tema cidades saudáveis (ACKERMANN, 2012), (BARTON; GRANT, 2013), (BUSS; ARAÚJO FILHO, 2007), (GOMES, BASTOS, FERES, 2016), (LEEUW, 2012), (OMS, 1995), (ROCHA, 2000), (ROSSA, 2007), (SANTANA, 2007; 2014), (SPERANDIO, *et al.*, 2004) e (WESTPHAL 2000). Dialogam, igualmente com os *clusters* obtidos para a construção do mapa SODA a partir da produção acadêmica apresentado nessa pesquisa no capitulo 2.

Os construtos agregados no *cluster* "conhecimento" referem-se ao conhecimento sobre saúde em sua percepção ampliada, ou seja, visão holística operada por práticas multidisciplinares e intersetoriais, bem como a percepção da promoção da saúde como prioridade para nortear as políticas públicas. 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 (MENDES; AKERMAN, 2004), (BARTON; GRANT, 2013), (SANTANA, 2007; 2014), (BUSS; ARAÚJO FILHO 2007), (ELIAS, 2007), (MATURANA; VARELA, 1997), (MENDES, 2000), (OMS, 1995), (MORIN, 2015), e (SPERANDIO, *et al.*, 2004).

Os construtos que compõem o *cluster* "governança" referem-se ao exercício da autoridade política e administrativa para gerenciar país/cidade/municípios, compreendendo os mecanismos, processos e os atores envolvidos (ARANTES; VAINER; MARICATO, 2013), (BARTON; GRANT, 2013), (CAMPOS, 1990), (CLEMENTINO; ALMEIDA, 2015), (DINIZ, 1996), (FREY, 2012), (OMS, 1995), REIS (1994), SANTOS (1997).

Os construtos que compõem o *cluster* "condições socioespaciais para uma vida saudável" 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 (AKERMAN, 1999; BARTON; GRANT, 2013; BUSS; ARAÚJO FILHO, 2007; GOMES; BASTOS; FERES, 2016; LEEUW, 2012; OMS, 1995; ROCHA, 2000; ROSSA, 2007; SANTANA, 2007; 2014; SPERANDIO, *et al.*, 2004; WESTPHAL, 2000. Este *cluster* tem relação direta com o conceito de determinantes sociais da saúde, explicitado em algumas entrevistas, o que mostra a apropriação dos termos criados e divulgados pela OMS pelos atores-chave, condutores do Programa Cidades Saudáveis na Rede Portuguesa.

A totalização dos construtos por *clusters* pode ser visualizada na Tabela 6.

Tabela 6 - Resumo quantitativo dos conceitos por *clusters* baseado no mapa agregado

CLUSTER	**NÚMEROS DE CONSTRUTOS**
Condições socioespaciais para uma vida saudável	20
Conhecimento	15
Governança	24
Total	**59**

Fonte: A autora.

Comparando os *clusters* do mapa SODA baseado no levantamento bibliográfico com o mapa agregado, optou-se por manter o *cluster* governança, visto que os elementos que caracterizam a governança encontram-se presentes nos dois mapas como o *cluster* com o maior índice de construtos, considerados essenciais para a implementação de uma cidade saudável. Os construtos acesso a serviços e morfologia, apontados no mapa SODA baseado no levantamento bibliográfico, foram substituídos pelo *cluster* ‘condições socioespaciais para uma vida saudável’, visto que essa denominação tem melhor representatividade dentre os elementos que os caracteriza, pois engloba os serviços públicos e os demais recursos do entorno do ambiente. O conhecimento, tendo a saúde na referência holística e seu entendimento como central para compreensão das propostas do Programa Cidades Saudáveis, aparece nitidamente nas cinco entrevistas com os *stakeholders*, como conjunto de novos elementos caracterizando um novo *cluster*.

Os construtos selecionados para a construção do mapa agregado foram esclarecidos em polos positivos (afirmações e falas conforme expressas pelos atores entrevistados) e negativos (construídos pela pesquisadora com o propósito de eliminar a ambiguidade que o conceito do polo positivo pode trazer), organizados em um quadro (Quadro 14), por *clusters*. Da mesma forma que se optou por descrever os polos positivos e negativos do mapa SODA baseado na bibliografia, também

foram utilizadas nessas descrições dos construtos duas formas: em alguns momentos, considerou-se que a melhor forma de diminuir a ambiguidade seria por meio da complementação dos conceitos e, em outros momentos, que a melhor forma seria por meio da negação da própria descrição.

Os construtos cabeças 'necessidade de elevação dos níveis de saúde' (13), 'elevação da sustentabilidade humana em sua plenitude' (49) e 'realização das ações previstas nos compromissos firmados' (19) são comuns aos *clusters*, da seguinte forma: os construtos 13 e 49 são comuns aos *clusters* conhecimento e condições socioespaciais para uma vida saudável, enquanto o construto 19 é comum aos *clusters* governança e condições socioespaciais para uma vida saudável.

Quadro 14 - Descrições dos polos positivos e negativos do mapa agregado

ID	POLOS POSITIVOS	POLOS NEGATIVOS	*CLUSTER*
73	condição social não favorecedora para uma vida saudável	recursos sociais insuficientes	Condições socioespaciais para uma vida saudável
53	políticas insuficicentes para o envelhecimento ativo	desconhecimento sobre práticas favoráveis ao envelhecimento ativo	Condições socioespaciais para uma vida saudável
55	carência de respostas na área cultural	poucas ações culturais	Condições socioespaciais para uma vida saudável
57	carência de boas condições habitacionais	as habitações não estão adequadas para as mudanças climáticas	Condições socioespaciais para uma vida saudável
58	insuficiente oferta de transportes públicos	dificuldades na mobilidade urbana	Condições socioespaciais para uma vida saudável
49	elevação da sustentabilidade humana em sua plenitude	indivíduos sem saúde	Condições socioespaciais para uma vida saudável e Governança
61	falta de segurança para as pessoas	violência urbana presente	Condições socioespaciais para uma vida saudável
62	má qualidade ambiental	pouco foco na sustentabilidade ambiental	Condições socioespaciais para uma vida saudável
63	dificuldades de acesso à educação	pouca competência na área da educação pública	Condições socioespaciais para uma vida saudável
50	oferta insuficiente de ações e serviços públicos	dificuldades de serviços sociais públicos para uma vida saudável	Condições socioespaciais para uma vida saudável
65	poucas ações no combate ao isolamento	promoção de espaços para interação social	Condições socioespaciais para uma vida saudável

66	carência de hospitais e centros de saúde	ausência de equipamentos de saúde	Condições socioespaciais para uma vida saudável
67	xenofobia difundida na população	Pouca integração dos imigrantes/ igualdade do gênero	Condições socioespaciais para uma vida saudável
68	deficiência nas políticas sobre os imigrantes	baixa inclusão dos imigrantes nas cidades	Condições socioespaciais para uma vida saudável
69	escassez de áreas verdes	faltam parques, praças, vias com árvores	Condições socioespaciais para uma vida saudável
70	pouco uso dos recursos naturais de forma convergente	não se percebe a possibilidade de uso dos recursos naturais disponíveis no município	Condições socioespaciais para uma vida saudável
51	carência de atividades em prol da saúde	faltam planos para a saúde	Condições socioespaciais para uma vida saudável
72	escassez de ambientes para a prática de esportes	dificuldades de acessos aos recursos para a prática esportiva	Condições socioespaciais para uma vida saudável
59	estado socioeconômico desigual	diferenças de oportunidades para os indivíduos	Condições socioespaciais para uma vida saudável
60	ambiente físico desfavorável para as empresas	baixo investimento em infraestrutura para as empresas	Condições socioespaciais para uma vida saudável
1	necessidade de inovação na metodologia de trabalho	metodologias de intervenção nas cidades não atendem às demandas atuais	Conhecimento
5	entendimento errôneo de que cidade é apenas o urbano	inclusão do âmbito urbano e rural nas políticas urbanas e de saúde	Conhecimento
6	ausência de definição de metas de trabalho	falta de cultura na avaliação de Projetos	Conhecimento
7	falta de percepção qualitativa das políticas	prevalência da percepção quantitativa das políticas	Conhecimento
14	a saúde não é vista como ponto comum que agrega as políticas públicas	a saúde não é vista na vertente holística	Conhecimento
8	desconhecimento das diretrizes das CS	pouca divulgação das diretrizes dos 20 passos da OMS/ CS	Conhecimento

9	falta de aprendizado com outros municípios	x partilha de boas práticas	Conhecimento
2	desconhecimento sobre o que seja a inovação social	baixa capacidade de perceber a inovação social	Conhecimento
15	baixo conhecimento sobre o que é saúde	o foco na saúde é a doença	Conhecimento
3	ausência de planejamento urbano saudável	não percebe a saúde como conceito congregador	Conhecimento
10	baixo nível de parcerias técnicas na gestão pública	poucas trocas de experiências e conhecimento	Conhecimento
4	ineficácia na atuação transversal	cultura da atuação especialista	Conhecimento
13	necessidade de elevação dos níveis de saúde	Necessidade de atuação sobre os determinantes da saúde	Conhecimento e Condições socioespaciais para uma vida saudável
16	falta de decisão política para investir na promoção da saúde	desconhecimento/ baixo empoderamento sobre a saúde	Conhecimento
12	inexistência de programas com foco nos determinantes sociais da saúde	desconhecimento dos determinantes da saúde	Conhecimento
18	desmotivação do municípios em crescer/ inovar	baixo investimento em novas ações	Governança
24	faltam estratégias de comunicação	divulgação não é acessivel à população	Governança
25	pouco envolvimento dos diferentes atores sociais	as demais áreas não se sentem parte da temática	Governança
26	baixa integração entre as cidades	iniciativas e soluções isoladas das cidades/ baixa interação nas cidades	Governança
19	efetivação das ações previstas no compromisso firmado	baixo comprometimento político	Governança e Condições socioespaciais para uma vida saudável
20	temáticas não definidas nas agendas políticas	compromissos não divulgados em campanhas	Governança
29	existência de diversidade de ideologias políticas	dificuldade de trabalhar a diversidade ideológica	Governança
21	dificuldade em ter o compromisso político	falta de vontade política	Governança
22	omissões na prestação de contas (accountability)	ineficiência na transparência da gestão pública	Governança
31	candidatura voluntária à Rede Europeia de Cidades Saudáveis	necessidade de reconhecimento e participação de eventos externos	Governança
32	disputas entre as redes temáticas	competição nos campos de poder	Governança

33	dificuldades em ter a participação da população	a população não é chamada a participar	Governança
34	dificuldades em manter a união entre os municípios	diversidade de interesses políticos nos municípios	Governança
38	ausência de formalização dos compromissos para a gestão pública	não elaboração dos documentos obrigatórios	Governança
39	políticos distantes da base	líderes estão distantes das equipes	Governança
41	poucas composições de parcerias públicas e privadas	trabalhos ocorrem isoladamente/ sem comunicação	Governança
23	ausência de visão e posicionamento estratégico	visão de curto prazo e restrita	Governança
45	falta de articulação entre as políticas locais com as globais	integração insuficiente entre as políticas multiníveis	Governança
46	políticos sem espírito de liderança	ausência de "líderes"	Governança
75	inconsistência no ordenamento do território	plano diretor atende a grupos de interesses particulares	Governança
74	mudanças políticas a cada eleição	dificuldade na continuidade das ações e cumprimento das agendas	Governança
48	não sistematização da informação	diferentes formas de identificação da informação	Governança
11	poucas experiências de partilhas com países mais avançados da EU	lentidão no aprendizado sobre práticas avançadas para as cidades	Governança
71	baixa articulação entre o poder municipal e as instituições civis da área social	intervenções junto aos grupos de risco	Governança

Fonte: Elaborado pela autora a partir da entrevista com cinco *stakeholders* em atuação na RPMS

O mapa agregado apresentou a seguinte classificação quantitativa por tipo de construto (Tabela 7):

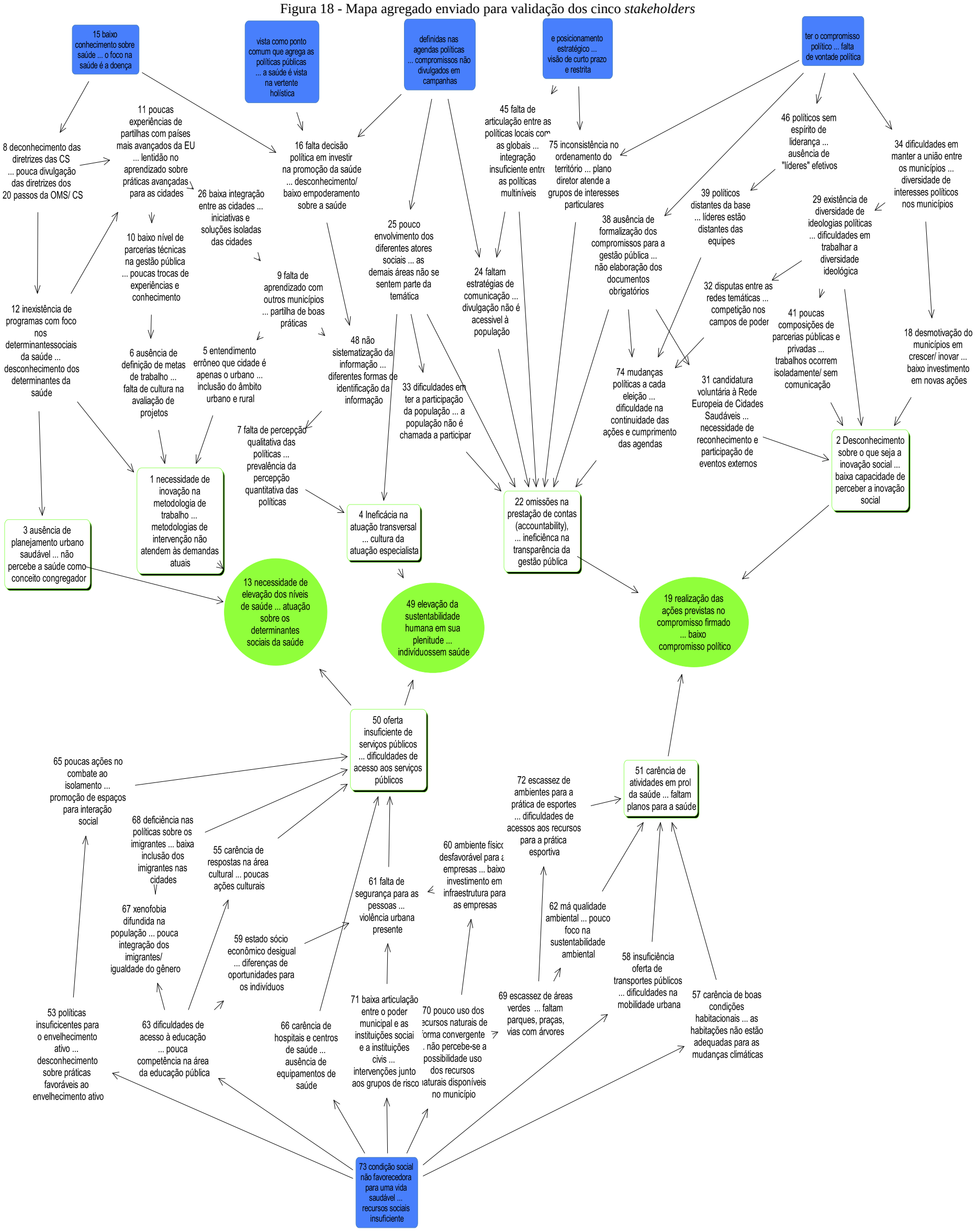
Tabela 7 - Tipos de construtos baseado no mapa agregado

TIPOS DE CONSTRUTOS	NÚMERO DE CONSTRUTOS
Cabeças	3
Opções estratégicas	7
Alternativas	43
Caudas	6
Total	59

Fonte: A autora

A partir desses construtos, classificados de acordo com os *clusters governança, conhecimento e condições socioespaciais para uma vida saudável* associados aos respectivos tipos construtos (cauda, opção estratégica e cabeça), foi elaborado o mapa agregado, conforme Figura 18.

Figura 18 - Mapa agregado enviado para validação dos cinco *stakeholders*



Fonte: A autora

Para facilitar a visualização integrada dos construtos do mapa SODA desta pesquisa, os objetivos (cabeça) foram disponibilizados na parte central do mapa. Em seguida, tanto no sentido superior quanto no inferior, logo após as cabeças foram inseridas as opções estratégicas, para posteriormente serem elencadas as alternativas e as caudas em ambos os sentidos. O desenho do mapa dessa forma também se deve ao elevado grau de complexidade percebido na análise do problema apontado.

A estruturação do mapa com as cabeças centralizadas no meio do mapa também demonstram os conceitos de circularidade sugeridos pelos autores Edgar Morin, Humberto Maturana e Francisco Varela. As cabeças, as opções estratégicas e as caudas constituem conceitos tríades, não sendo possível explicar um dissociado dos outros dois, e vice-versa. Da mesma forma, em um dado momento um objetivo tem uma relação direta com a causa do problema, e, em outro momento, uma causa poderia ser identificada como um objetivo, variando, não apenas com o momento histórico da análise, mas também conforme a percepção do observador, ou seja, do indivíduo que interpreta um fenômeno social (ELIAS, 2008).

Como parte do método SODA, o mapa agregado deve ser validado pelos *stakeholders*. Para aprovação do mapa agregado, que se tornaria um mapa congregado, foi encaminhado um *e-mail* individual para cada um dos cinco *stakeholders,* solicitando-lhes que validassem a organização hierárquica, a estruturação dos *clusters* e as definições de cada um dos construtos apresentados no mapa enviado. Dentre os cinco *stakeholders*, quatro deram retorno e um não se manifestou. Dentre os quatro que retornaram, três concordaram com a proposta para o mapa congregado sem nenhum questionamento ou observação, pois consideraram que o mapa continha os conceitos essenciais validados nos seus mapas individuais. Apenas uma *stakeholder* realizou questionamentos, conforme seu posicionamento mencionado no corpo do *e-mail*:

> De acordo com o solicitado envio os meus comentários ao mapa "congregado" (metodologia SODA). Em geral, concordo com o mapa apresentado, considerando a pergunta norteadora colocada e o encadeamento das afirmações. No entanto, numa leitura em maior detalhe surgiram algumas questões:
>
> 1. Com base na legenda enviada (cabeça, opção estratégica, cauda), é me difícil entender a lógica do mapa apresentado, nomeadamente as opções estratégicas (ações para atingir os objectivos). Por exemplo, não considero uma opção estratégica as afirmações "2 desconhecimento sobre o que seja a inovação social... baixa capacidade de perceber a inovação social" ou "50 oferta insuficiente de serviços públicos... dificuldades de acesso aos serviços

> públicos". Na minha perspectiva seriam opções estratégicas se fossem formuladas assim, e.g. "2 promoção do conhecimento sobre inovação social" ou "50 promoção do acesso aos serviços públicos". Na sua forma actual, a leitura do mapa fica assim comprometida quando estabelecemos ligações entre as opções estratégicas e os objectivos.
>
> 2. Não entendo a formulação das afirmações intituladas de Cabeça (objectivo a ser atingido), parece-me um pouco confusa e contraditória. Por exemplo, não percebo a segunda parte da afirmação no contexto de um objectivo a ser atingido "19 realização das ações previstas no compromisso firmado... baixo compromisso político" ou "49 elevação da sustentabilidade humana em sua plenitude... indivíduos sem saúde". Para além disso, penso que não é facilmente entendível a que se referem os objectivos, por exemplo, o que quer dizer com "elevação da sustentabilidade humana em sua plenitude", "compromisso firmado". Estas questões poderão ser, no meu entender, melhoradas.
>
> 3. Considero que as afirmações 63 e 66 ("63 dificuldades de acesso à educação... pouca competência na área da educação pública" | "66 carência de hospitais e centros de saúde... ausência de equipamentos de saúde") já não são verdadeiros enfretamentos (dificuldades) para a implantação do Programa Cidades Saudáveis (OMS). Para a maioria da população portuguesa, o problema principal já não é a falta de acessibilidade geográfica aos equipamentos de saúde/educação, mas sim a falta de adequação das respostas às necessidades reais da população (a falta de diversificação das respostas).

Com base na mensagem desta *stakeholder*, foi revista a escrita dos construtos que ela identificou como ambíguos ou inadequados no mapa agregado (Quadro 15), sem que ocorressem alterações nas numerações dos construtos, nas interligações entre os construtos e na quantidade de construtos (Figura 17), visto que se entendeu que esses construtos e as relações entre eles explicavam os principais enfrentamentos vivenciados durante a implementação do Programa Cidades Saudáveis em Portugal. A entrevistada apontou a ambiguidade entre os termos do mapa “estratégia” e a escrita negativa dos construtos, sugerindo que as opções estratégicas fossem redigidas em seu aspecto positivo, de ação para mudança, conforme previsto no método SODA, que indica que o mapa congregado deve refletir a visão final do grupo para melhor compreensão do problema em estudo e para visualização das possíveis alternativas para solução dos enfrentamentos identificados (EDEN, 2004).

Quadro 15 - Descrições dos construtos alterados após validação do mapa agregado para revisão da descrição no mapa congregado

NÚMERO DO CONSTRUTO	DESCRIÇÃO ANTES DA VALIDAÇÃO DOS *STAKEHOLDERS*	DESCRIÇÃO NO MAPA CONGREGADO
1	Necessidade de inovação na metodologia de trabalho... metodologias de intervenção nas cidades não atendem às demandas atuais	Necessidade de inovação na metodologia de trabalho... metodologias de intervenção nas cidades que atendam às demandas atuais
2	Desconhecimento sobre o que seja a inovação social ...baixa capacidade de perceber a inovação social	Conhecimento sobre o que seja a inovação social ... elevada capacidade de perceber a inovação social
3	Ausência de planejamento urbano saudável... não percebe a saúde como conceito congregador	Realização de planejamento urbano saudável... perceber a saúde como conceito congregador
4	Ineficácia na atuação transversal... cultura da atuação especialista	Eficácia na atuação transversal... cultura da atuação interdisciplinar
19	Realização das ações previstas no compromisso firmado... baixo compromisso político	Realização das ações previstas no compromisso firmado... elevado compromisso político
22	Omissões na prestação de contas (accountability)... ineficiência na transparência da gestão pública	Clareza na prestação de contas (accountability)... eficiênca na transparência da gestão pública
49	Elevação da sustentabilidade humana em sua plenitude... indivíduos sem saúde	Elevação da sustentabilidade humana em sua plenitude... indivíduos com necessidades atendidas e plena capacidade de ter e realizar aspirações de vida
50	Carência de atividades em prol da saúde... faltam planos para a saúde	Oferta de atividades em prol da saúde... promoção de planos para a saúde
51	Oferta insuficiente de serviços públicos... dificuldades de acesso aos serviços públicos	Oferta suficiente de serviços públicos... facilidade de acesso aos serviços públicos

Fonte: A autora

Após as alterações nas descrições dos construtos, o mapa foi alterado, conforme Figura 17.

Figura 19 - Mapa congregado com as alterações demandadas pelo *stakeholder* acadêmico

Fonte: A autora

A pergunta norteadora para levantamento dos principais enfrentamentos, com vistas à implantação do Programa Cidades Saudáveis em Portugal, teve como referência a data de início da Rede, em 1997; portanto, além da questão apresentada pela *stakeholder* 5, outras podem ter sofrido alterações em virtude das melhorias implementadas pelos gestores como ação de suas políticas ao longo dos 20 (vinte) anos de existência desse Programa. Essa observação da *stakeholder* 5, no momento da aprovação do mapa agregado para a conversão do mapa congregado, também foi realizada pelos demais *stakeholders* ainda durante as validações dos mapas individuais, em Portugal.

É importante mencionar que durante as entrevistas em Portugal, tendo como referência a pergunta norteadora e a não estruturação da entrevista, ou seja, a entrevista ocorrendo de forma natural, desenvolvida de acordo com as interações espontâneas com os entrevistados, essa observação não foi comentada. Porém, quando os *stakeholders* visualizaram o mapa cognitivo SODA estruturado, deixando mais clara a estruturação do problema, essa mesma questão incomodou-os, pois eles relataram, unanimemente: "[...] essa modelagem representa o passado, quando o Programa estava em fase de implantação, sendo que alguns aspectos tinham sido alterados". Considerando que o objetivo da questão central dessas entrevistas era identificar os enfrentamentos para a implantação, não foi considerado relevante investigar o como cada um desses elementos tinha resultado em melhorias. Entretanto, identificar as melhorias implementadas e suas trajetórias comportam uma continuidade desta pesquisa.

A demanda para a estruturação de um problema complexo, conforme as metodologias PSM nesta pesquisa, em específico o método SODA (EDEN, 2004), é originada a partir da demanda de clientes organizacionais que necessitam entender melhor uma determinada situação; em função da sua complexidade recorre-se aos métodos de estruturação de problemas. Com base nessa estruturação, identificam-se os pontos centrais dos problemas e as opções estratégicas para solucioná-los, visando alcançar determinados objetivos. Ou seja, o entendimento do problema decorre das partes interessadas, tendo envolvimento direto com todo o estudo do problema. Esta pesquisa não foi originada dessa forma. A demanda para estruturar o problema dos principais enfrentamentos para implantação do Programa Cidades Saudáveis (OMS) foi estabelecida por esta pesquisadora. Tal constatação pode explicar a baixa devolutiva dos demais *stakeholders* entrevistados para o SODA, pois o estudo não estava relacionado a uma necessidade de solução de problemas pertinentes a suas realidades.

5.4 Análises do mapa congregado: principais enfrentamentos para a implantação do Programa Cidades Saudáveis (OMS) em Portugal

De acordo com o método SODA, o mapa congregado deve ser analisado de forma qualitativa e quantitativa, a fim de se esclarecer a situação problemática.

A análise qualitativa do mapa congregado, de acordo com o método SODA, visa explicar os construtos e sintetizar as ligações entre eles, conforme suas interfaces e relações entre si. A análise qualitativa se dá a partir de cada um dos *clusters*: condições socioespaciais para uma vida saudável, conhecimento e governança. Para esta pesquisa, acrescentaram-se os entendimentos teóricos que permeiam os construtos e suas interligações.

Enquanto a análise qualitativa é uma interpretação da subjetividade dos *stakeholders*, obtida durante a entrevista, e do sujeito pesquisador, a análise quantitativa ajuda este sujeito e os *stakeholders* a identificarem pontos potenciais de problemas e possíveis soluções em decorrência da frequência de intervenção em cada um dos construtos.

Vale informar que não existem números exatos que identifiquem se um construto é implosão, explosão ou dominante (EDEN, 2004). Para cada estudo pode-se definir o que vêm a ser os números significativos que utilizados como referência para esta classificação. Para este estudo utilizaram-se as seguintes definições:

O construto implosão refere-se ao que recebe elevado número de ligações, setas entrando variando de 05 (cinco) a 07 (sete);

O construto explosão refere-se ao que dissemina um elevado número de ligações, setas saindo acima de 05 (cinco); e

O construto dominante, por sua vez, refere-se à combinação do implosão e explosão, e neste estudo nenhum foi identificado.

5.4.1 Análise quantitativa dos construtos implosão e explosão: construtos de maior influência para a implementação das Cidades Saudáveis

De acordo com a definição estabelecida anteriormente, considera-se que os construtos de implosão e de explosão são aqueles que recebem ou disseminam de 5 a 7 ligações. Portanto, o construto ‘condição social não favorecedora para uma vida saudável’ (73) é considerado explosão, e os construtos ‘oferta insuficiente de serviços públicos’ (50) e ‘omissão na prestação de contas (*accountability*) (22) são considerados implosões.

O construto ‘condição social não favorecedora para uma vida saudável’ (73) é considerado como explosão, apresentando 07 (sete) construtos disseminantes, o que demonstra o elevado impacto que esse problema gera para a efetivação do Programa Cidades Saudáveis (OMS) em Portugal. Isso pode ser justificado pelos construtos que apontam para as insuficiências e dificuldades referentes a ações relacionadas a: envelhecimento ativo (53), pouca competência da educação pública (63), ausência de equipamentos de saúde (66), baixa interação municipal com as instituições sociais (71), pouco uso dos recursos naturais de forma convergente (70), insuficiente oferta de transportes públicos (58), e à carência de boas condições habitacionais (57).

Aqui vale uma ressalva. Essa identificação parece ser contraditória à percepção dos brasileiros, visto que no momento atual (2015 a 2017) o país vivencia uma migração de enorme contingente para Portugal, buscando exatamente essas melhores condições para uma vida saudável. Entretanto, na convivência com a realidade brasileira que tem condições básicas e essenciais para uma vida saudável, que não foram atendidas, é possível entender o processo migratório, pois no país há uma população com elevada exclusão social, conforme apresentado na Tabela 8. (*PAIM et al.*, 2011):

Tabela 8 - Alguns indicadores de exclusão social brasileira de 2010

INDICADOR	**ANO 2010**
Taxa de pobreza	30,7%
Mortalidade infantil/ mil	19
Expectativa de vida	72,08
Analfabetismo em pessoas menores ou com idade igual a 15 anos	10%

Fonte: PAIM, *et al.*, 2011

Os problemas desencadeados pelo construto 73 poderiam ser amenizados por meio da opção estratégica ‘oferta suficiente de serviços públicos’ (50), a partir do momento em que a oferta e a acessibilidade de serviços públicos ocorressem de forma suficiente para a população. Considerando que o construto 50 é um dos conceitos implosão deste mapa, a justificativa apresentada confirma-se com a análise quantitativa.

O mesmo ocorreria com o construto ‘omissão na prestação de contas (*accountability*)’ (22), caso essa opção estratégica viesse a ser implementada no sentido positivo de promover a prestação de contas. Contando-se com a transparência da gestão pública, é provável que fosse decorrente dos seguintes construtos: maior participação da população (33), maior

envolvimento dos atores sociais (25), melhor comunicação (24), melhor articulação entre as políticas multiníveis (45), atendimento coletivo quanto ao ordenamento do território (75), da formalização dos compromissos da gestão pública (38) e de maior continuidade nas ações e cumprimentos das agendas por parte dos políticos (74).

Considerando a construção histórica do Brasil, sob a influência portuguesa, os problemas apontados pela omissão na prestação de contas e de *accountability* são identificados como fatores culturais históricos, como apontado por Holanda (1995), em seu estudo clássico sobre a cultura patrimonialista e clientelista de origem lusitana.

Entretanto, Campos (1990), tendo como referência clássica seu estudo sobre *accountability*, aponta que não existe tradução desta palavra para a nossa língua, não podendo ser entendida apenas pela 'omissão na prestação de contas', mas pelos fatores culturais que envolvem o entendimento do processo de *accountability*. A ausência desta palavra no vocabulário da língua portuguesa deve-se à falta do próprio conceito na cultura do país, iniciando-se pela falta de entendimento da relação entre a administração pública e seu público e o que é 'público'. Para Campos (1990), essas limitações contextuais explicam a ausência do *accountability*.

A *accountability* não se reduz ao acompanhamento da prestação das contas dos governantes da gestão pública na sua objetividade (isso não implica que isso esteja implícito no conceito), mas na compreensão da responsabilidade subjetiva deste conceito e sua relação direta com os valores democráticos, tais como igualdade, dignidade humana, participação, representatividade (CAMPOS, 1990).

Campos (1990) alerta que, quanto mais crescem as organizações oficiais, mais aumenta sua participação na vida dos indivíduos, devendo-se atentar para os riscos da concentração do poder nas mãos dos funcionários públicos, não bastando ter apenas os controles da burocracia, que podem atender apenas aos interesses dos burocratas. Campos (1990) acredita que o verdadeiro controle sobre os serviços prestados, justiça na distribuição de benefícios e custos econômicos, sociais e políticos dos serviços produzidos ocorrerão de forma efetiva somente se forem fiscalizados pelos cidadãos, ou seja, pela cidadania organizada. Dessa forma, a autora conclui que o "[...] exercício da *accountability* é determinado pela qualidade das relações entre o governo, cidadão, entre burocracia e clientelas" (CAMPOS, 1990, p. 48).

A ausência de *accountability* em Portugal e no Brasil pode ser decorrente do estágio de desenvolvimento político dos dois países. No Brasil, em decorrência do processo histórico, ora ditadura, ora democracia. Em Portugal, também agravado pelo longo período de ditadura: 1933 – 1974. Somente com a Revolução dos Cravos, em 1974, o regime ditatorial foi vencido pelo regime

democrático, assegurado pela nova Constituição, de 1976. A consciência popular, para Campos (1990), é a primeira pré-condição para uma verdadeira democracia que permita de forma efetiva, participação no acompanhamento e cobrança de melhores desempenhos dos serviços públicos.

5.4.2 Visão geral da análise qualitativa do mapa congregado

Para os *stakeholders* entrevistados, os principais objetivos a serem atingidos com a implementação do Programa Cidades Saudáveis são: (13) elevação dos níveis de saúde tendo como referência os determinantes sociais de saúde, (49) elevação da sustentabilidade humana na sua plenitude, indivíduos com saúde, e que as ações previstas nos compromissos firmados pelos políticos sejam realizadas (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, ainda que as demais dimensões da vida nas cidades estejam presentes de modo subliminar.

Os principais desafios apontados para o alcance desses objetivos foram a ausência de condições sociais favorecedoras para 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).

Para facilitar a visualização desses enfrentamentos e observar maior relação entre esses construtos, utilizaram-se as orientações do método SODA e influências, não apenas pelas pontuações dos *stakeholders* e a observações da pesquisadora, visto que não poderia ser de outra forma, pois as interpretações são subjetivas (ELIAS, 2018; MATURANA, 1997; MORIN, 2015). Entretanto, qualquer que seja a influência subjetiva sobre a análise, é possível perceber a inseparabilidade entre eles, observando-se sua relação de interdependência Por exemplo: é possível interpretar que as condições sociais favorecedoras de uma vida saudável (73) só não acontecem porque essa temática não foi definida na agenda política (20) e isso ocorre porque não há vontade política (21) e porque os políticos não detêm visão e posicionamento estratégico (23). Essas possíveis formas de analisar os problemas e as diversas possibilidades de como esses elementos se combinam entre si demonstram e reforçam a complexidade do problema do Planejamento Urbano de Cidades Saudáveis. Também é possível observar que, independentemente da forma como os construtos estão

organizados, seja na relação hierárquica, seja na relação de ligações entre eles, os objetivos a serem atingidos serão os mesmos: elevar os níveis de saúde, elevar a sustentabilidade humana e realizar as ações dos compromissos firmados pelos políticos. Essas observações reforçam o que os autores Maturana e Varela (1997) e Morin (2015) mencionam sobre a importância de revisar a forma como ocorre o processo do conhecimento: ele não ocorre de forma linear, e as possíveis soluções para os problemas complexos também não ocorrem de forma linear, logo é necessário repensar a forma de entender e lidar com esses tipos de problemas.

Para que esses problemas sejam solucionados ou amenizados, os *stakeholders* sugeriram realização de ações que prevejam o planejamento urbano saudável (3), implementação de inovações na metodologia de trabalho com intervenções nas cidades, visando atender às demandas atuais (1). Sugeriram também que prevaleça uma cultura transversal, diminuindo a atuação da cultura baseada na especialização (4), que a prestação de contas seja realizada de forma eficaz e transparente pela gestão pública (22), que sejam incorporados conhecimentos que privilegiem a inovação social (2), que seja ampliada a oferta e o acesso a serviços públicos (50) e que sejam realizados planos e atividades em prol da saúde (51). A mesma análise de interface entre os construtos das opções estratégias pode ser referenciada conforme mencionado anteriormente em relação aos construtos caudas. Pelas percepções apontadas por Morin (2015), seria possível acrescentar que lidar com essas variações e subjetividades significa conviver com o caos, com a disjunção e com a desordem, que demandam uma ordem, uma convergência e uma estruturação, numa relação de ir e vir, sem se fechar num círculo (*loop*), mas num processo espiral e contínuo. Nesse contexto e de acordo com esse entendimento é que ocorre o planejar as cidades, e quanto maior for a cidade, mais complexos serão seus problemas.

Os objetivos, as opções estratégicas e a causa dos problemas apontados foram organizados em três *clusters* (*condições socioespaciais para uma vida saudável, governança e conhecimento.*), detalhados nas seções seguintes conforme as explicações alternativas de cada um dos *clusters*.

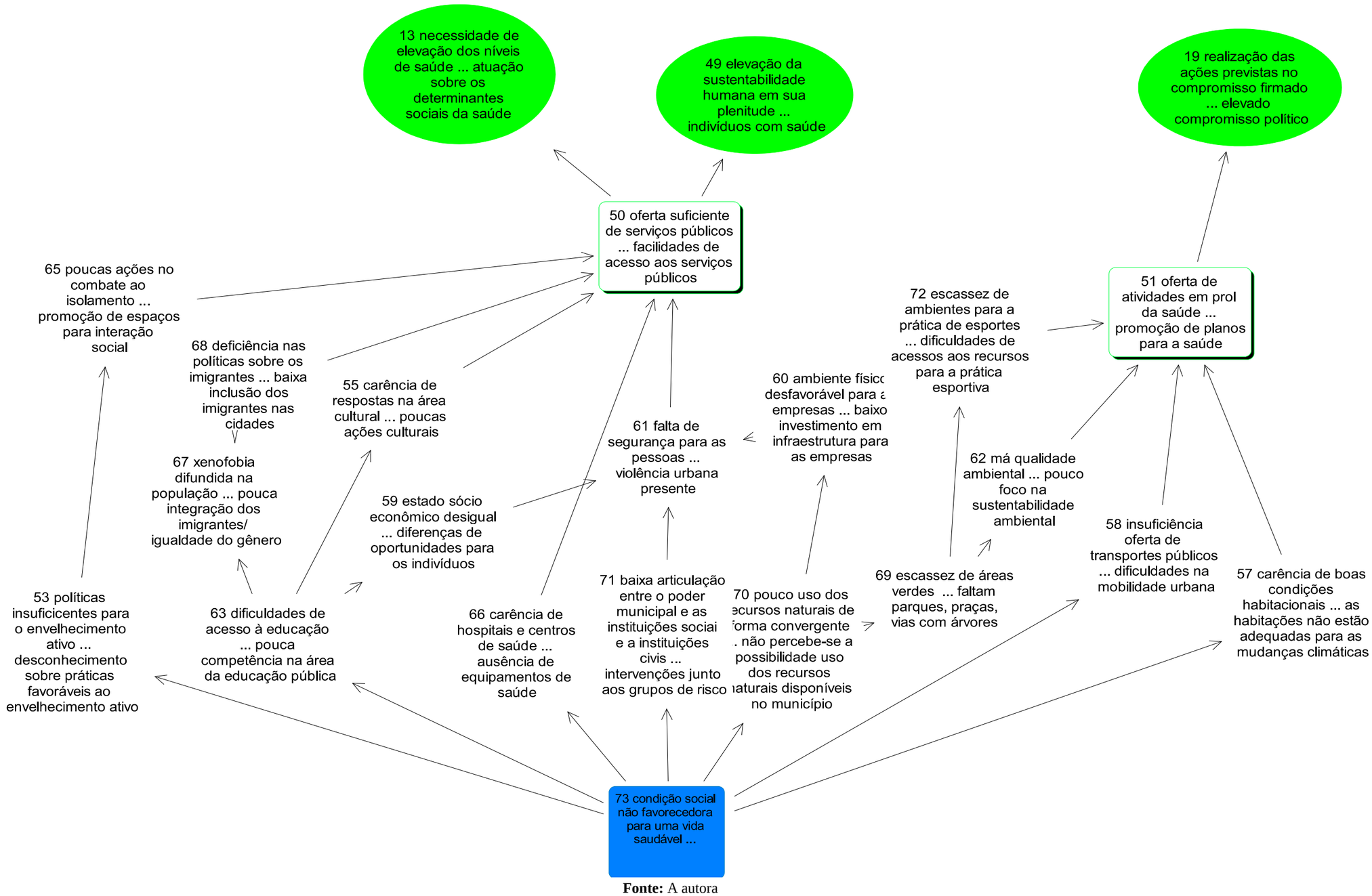
5.4.2.1 Análise qualitativa do cluster 'condições socioespaciais para uma vida saudável'

A definição do *cluster* 'condições socioespaciais para uma vida saudável' tem como pressupostos os conceitos descritos ao longo do Capítulo 2 deste trabalho, referentes aos parâmetros propostos pelo Programa Cidades Saudáveis da OMS (Quadro

3: Parâmetros para as Cidades Saudáveis) e à definição dos determinantes sociais de saúde (BUSS; PELLEGRINI, 2007).

A partir desses entendimentos os construtos foram agrupados no *cluster* (Figura 20) ‘condições socioespaciais para uma vida saudável’ agregando três objetivos, conforme as descrições das cabeças: elevar os níveis de saúde, de acordo com os determinantes sociais de saúde (13); elevar a sustentabilidade humana na sua plenitude, percebida por meio de indivíduos com saúde (49); e, realizar as ações previstas no compromisso firmado, obtidas pelo compromisso político (19). O conjunto desses objetivos traz como *background* a saúde entendida como “[...] modelo complexo, em que a qualidade de vida individual e seus componentes psíquicos e sociais são reflexos de um estilo de vida”, tendo uma “[...] relação estreita com o bem estar e o desenvolvimento” (SANTANA, 2014, p. 22).

Figura 20 – Detalhamento dos construtos componentes do *Cluster* ‘condições socioespaciais para uma vida saudável’ no mapa congregado de Enfrentamentos para a Implantação da Proposta Cidades Saudáveis. RPMS, 2017



Fonte: A autora

Para que os objetivos do *cluster* ‘condições socioespaciais para uma vida saudável’ - (elevar os níveis de saúde, de acordo com os determinantes sociais de saúde -13, elevar a sustentabilidade humana na sua plenitude - 49 - e realizar as ações previstas no compromisso firmado obtidas pelo compromisso político - 19) sejam atingidos, é eminente a necessidade de oferta de serviços públicos para a população, de forma que não tenha dificuldade para acessá-los (50). O acesso a que se refere o construto 50 refere-se à disponibilidade dos serviços propriamente ditos, bem como à possibilidade de chegar até eles. SANTANA (2014) relaciona o conceito de acesso à acessibilidade e utilização como condições essenciais para as pessoas que precisam receber cuidados. A acessibilidade pode estar relacionada a fatores geográficos, tais como a distância entre a localização dos bens e serviços e a localização das pessoas, fatores estes que podem ser impactados pelas dificuldades em relação à existência de transportes. A utilização, para esta autora, está relacionado à oferta dos serviços propriamente dita e dependerá da quantidade de oferta e das características do público (SANTANA, 2014).

Uma vez implementada, essa ação estratégica favorecerá a elevação dos níveis de saúde da coletividade bem como a saúde das pessoas, de acordo com os determinantes sociais (construto 13), demonstrando que as ações previstas no compromisso político firmado foram realizadas (49). A opção estratégica 51 preconiza a elaboração de planos para a saúde, em prol da implementação de atividades com esse propósito. Uma vez realizados, os planos favorecerão a efetivação dos compromissos políticos e o alcance da saúde das pessoas (objetivos 19 e 49). É possível observar que, a partir do *cluster* ‘condições socioespaciais para uma vida saudável’, para se atingir o objetivo de alcance da sustentabilidade humana em sua plenitude (objetivo 49) será necessário que as opções estratégicas 50 (acesso e acessibilidade de serviços públicos) e 51 (planos para a área da saúde) sejam realizadas. Isso ocorre porque algumas alternativas que explicam a ausência de condições sociais favorecedoras para uma vida saudável explícita no construto cauda 73 são comuns às explicações que justificam a necessidade das opções estratégicas 50 e 51. Com essa percepção é possível verificar de forma gráfica os conceitos das teorias da complexidade e da autopoiese, em relação à interdependência entre os elementos que constituem um organismo complexo.

A análise realizada em sentido negativo permite interpretar que a falta de oferta de serviços públicos, a acessibilidade (50) e a carência de atividades em prol da saúde por falta de planos para esta finalidade (51) ocorrem por causa da ausência de condições sociais favorecedoras de uma vida saudável.

A ausência de condições sociais favorecedoras para uma vida saudável (73) pode ser explicada pela insuficiência de políticas para o envelhecimento ativo em decorrência do

desconhecimento sobre as práticas favoráveis ao envelhecimento ativo (53), dificuldade de acesso à educação (63), ausência de equipamentos de saúde (66), baixa articulação entre o poder municipal e as instituições sociais (71), pouco uso dos recursos naturais disponíveis no município de forma convergente (70), insuficiente oferta de transportes públicos e dificuldades na mobilidade urbana (58) e carência de boas condições habitacionais (57). Com isso, é possível afirmar, conforme o mapa congregado, que existe uma concentração elevada de problemas decorrentes do construto 73. Caso as justificativas apontadas nas alternativas sejam resolvidas por meio das opções estratégicas 'oferta suficiente de serviços públicos' (50) e 'oferta de atividades em prol da saúde' (51), os objetivos dos construtos 'necessidade de elevação nos níveis da saúde' (13), 'elevação da sustentabilidade humana' (49) e realização das ações previstas no compromisso firmado (19) poderão ser parcialmente atingidos.

As políticas insuficientes para o envelhecimento ativo decorrem do desconhecimento das práticas favoráveis ao envelhecimento ativo (53), e tal problema pode ser percebido pelas poucas ações disponíveis para o combate do isolamento e pelas pouca promoção de espaços que favoreçam a interação social (65). Logo, é possível perceber que uma das ações que podem favorecer o envelhecimento ativo da população é a oferta de iniciativas que combatam o isolamento e promovam a interação social. Tal ação aprimoraria a oferta de serviços públicos (50) e os níveis de saúde (13), bem como a sustentabilidade humana na sua plenitude (49).

As dificuldades de acesso à educação e a pouca competência na área da educação pública (63) têm como consequência vários problemas, tais como: xenofobia em relação aos imigrantes e à igualdade de gênero (67), poucas ações culturais (55) e desigualdade socioeconômica decorrente das diferenças de oportunidades para os indivíduos (59). Morin (2013) aponta que a educação para o século XXI deve ser reelaborada, para adequar-se ao novo contexto. Esse autor sugere que se deve ficar atento à cegueira do conhecimento, que ilude e impede que se analisem os problemas além da racionalidade, sem considerar a dualidade e as incertezas. O conhecimento é pertinente, pois os problemas são universais e unos, e estão interligados de forma que questões locais afetam o global e vice-versa. Assim, é necessário entender a condição humana numa relação com a natureza e o cosmos, é necessário entender que os indivíduos estão inseridos na esfera social e que lidam com a diversidade cultural, sendo necessário desenvolver uma consciência antropológica, ecológica, cívica, além da espiritual, condições essenciais para conviver as incertezas. Nessa perspectiva, a educação aparece como componente de sustentação para que os demais enfretamentos sejam revistos, visando à qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos, nas cidades.

Os problemas de xenofobia (67), aguda questão para a Europa Ocidental contemporânea, poderiam ser amenizados por meio de maior interação social (65), também sendo possível dizer que a xenofobia (67) é reforçada pelas poucas ações a favor da interação social. A xenofobia (67) também pode ser explicada pela deficiência das políticas sobre a inclusão dos imigrantes (68). Tais problemas poderiam ser menores, para a população, caso houvesse melhor oferta de serviços públicos (50), o que favoreceria a elevação dos níveis de saúde (13) e de sustentabilidade humana (49). As novas questões, tais como os problemas relacionados à xenofobia, devem ser consideradas como relevantes, pois eles modificam a dinâmica do sistema, alterando as relações dos demais elementos que afetam o planejamento urbano.

Conforme relato dos *stakeholders*, quando o Programa foi implantado em Portugal, em 1997, as dificuldades de acesso à educação e a pouca competência na área da educação pública (63) tinham como consequência as poucas ações realizadas em prol da cultura (55). Tal situação é uma demonstração de que existe insuficiência na oferta de serviços públicos (50), impedindo um melhor nível de saúde (13) e dificultando que a população tenha uma saúde na sua plenitude (49). Santana (2014, p. 187) afirma que, de 1985 a 2010, várias taxas de saúde (mortalidade infantil, neonatal, perinatal) tiveram enormes ganhos, entretanto isso não ocorre em todo o território nacional, "[...] em função da evolução demográfica, das acessibilidades e das condições econômicas e sociais.

As dificuldades de acesso à educação e a pouca competência na área da educação pública (63) têm como consequência a desigualdade socioeconômica, pois os indivíduos encontram diferentes oportunidades (59). Essa desigualdade favorece a violência urbana (61). Tal contexto deve-se à oferta insuficiente de serviços públicos (50), o que dificulta melhor nível de saúde (13) e acesso da população à saúde em seu sentido pleno (49).

Com base na análise do mapa congregado, é possível perceber que a dificuldade de acesso à educação foi um problema central, pois gerava consequências desfavoráveis, dificultando a consecução dos objetivos 13 e 49.

O construto 'ausência de equipamentos de saúde' (66) significa muito além da carência de hospitais e centros de saúde; é uma demonstração de que a falta de oferta e dificuldades de acessos a esses serviços públicos impedem que os objetivos de elevação dos níveis de saúde (13) e da sustentabilidade humana em sua plenitude (49) sejam atingidos. Neste mesmo sentido, o fato de existir baixa articulação entre o poder municipal e as instituições sociais (71) favorece a violência urbana e a insegurança. Tais situações também ocorrem devido à

insuficiência de serviços públicos (construto 50), o que impede que os mesmos objetivos (construtos cabeças 13 e 49) sejam alcançados.

O fato de os municípios não utilizarem de forma convergente seus recursos naturais (70) pode ser percebido na falta de infraestrutura e de ambiente favorável para a instalação de empresas (60), o que dificulta a oferta de oportunidades de emprego para a população (59) e gera insegurança para as pessoas nos ambientes urbanos (61), também pela insuficiente oferta de serviços públicos (50). Não se favorecem, assim, os objetivos (cabeças), 'elevação dos níveis de saúde' (13) e 'elevação da sustentabilidade humana em sua plenitude' (49).

Dessa forma, identificaram-se os principais problemas, com suas devidas justificativas, que demonstram de forma estruturada o quanto a falta de oferta de serviços públicos, tanto no que se refere a acesso quanto à acessibilidade, restringe o alcance de alguns dos objetivos traçados para a efetividade do programa Cidades Saudáveis na Rede Portuguesa. Vale reforçar que alguns desses serviços foram identificados como ausentes e insuficientes, quando o Programa começou sua implantação, no final da década de 90. Vários desses problemas foram atenuados, em virtude das ações implementadas no país ao longo dos 20 anos da existência da Rede; no entanto, situações novas, como a crise econômica da década de 2000 e os fluxos migratórios decorrentes das inúmeras situações de guerras civis, calamidades ambientais e crises humanitárias do leste europeu e norte africanos trazem o tema novamente à pauta.

As consequências de os municípios não utilizarem de forma convergente seus recursos naturais (70) atingem a instalação das empresas, mas também a escassez de áreas verdes (69) dificultando a disponibilidade de ambientes para a prática de esportes (72), o que demonstra a falta de planos e atividades em prol da saúde (51). Isso só ocorre porque as ações previstas nos compromissos políticos não acontecem na prática, o que demonstra a falta de compromisso dos políticos (19). A falta de planos e atividades em prol da saúde (51) também impede que se atinja a sustentabilidade humana na sua plenitude. Também é possível afirmar, conforme o mapa congregado, que os objetivos da sustentabilidade humana (49) e do maior compromisso político (19) somente serão atingidos se existirem planos e atividades em prol da saúde (51).

As atividades e planos em prol da saúde (51) poderão ser observados se houver disponibilidade de ambiente para a prática esportiva (72), qualidade ambiental, oferta de transportes públicos (58) e boas condições habitacionais (57). Para que esses problemas sejam sanados será necessário maior compromisso político (19) e elevação da sustentabilidade humana.

O pouco uso dos recursos naturais de um município (70) pode ser identificado pela escassez de áreas verdes (69), que tem como consequência má qualidade ambiental, prejudicando a sustentabilidade ambiental (62), o que poderá ser amenizado somente se existirem planos e atividades em prol da saúde (51). Caso a opção estratégica 51 seja implementada, mais facilmente poderão ser observados somente se os objetivos 'realização das ações previstas no compromisso firmado' (19) e 'elevação da sustentabilidade humana' (49) forem realizados na prática.

A ausência de condições sociais favorecedoras de uma vida saudável (73) também pode ser demonstrada pela insuficiente oferta de transportes públicos (58) e pela carência de boas condições habitacionais (57), que poderiam ser resolvidas por meio de planos e atividades em prol da saúde (51), favorecendo o cumprimento dos objetivos propostos pelos construtos 49 e 19.

Quanto aos construtos do *cluster* 'condições socioespaciais para uma vida saudável', observe-se a Tabela 9.

Tabela 9 - Quantidade de construtos do *cluster* condições socioespaciais para uma vida saudável

TIPO DE CONSTRUTO	QUANTIDADE
Cauda	1
Opções estratégicas	2
Cabeça	3
Alternativas	17
Total	23

Fonte: A autora

Os objetivos indicados nas cabeças (construtos 19, 49 e 13) também são comuns aos demais *clusters*, governança e conhecimento.

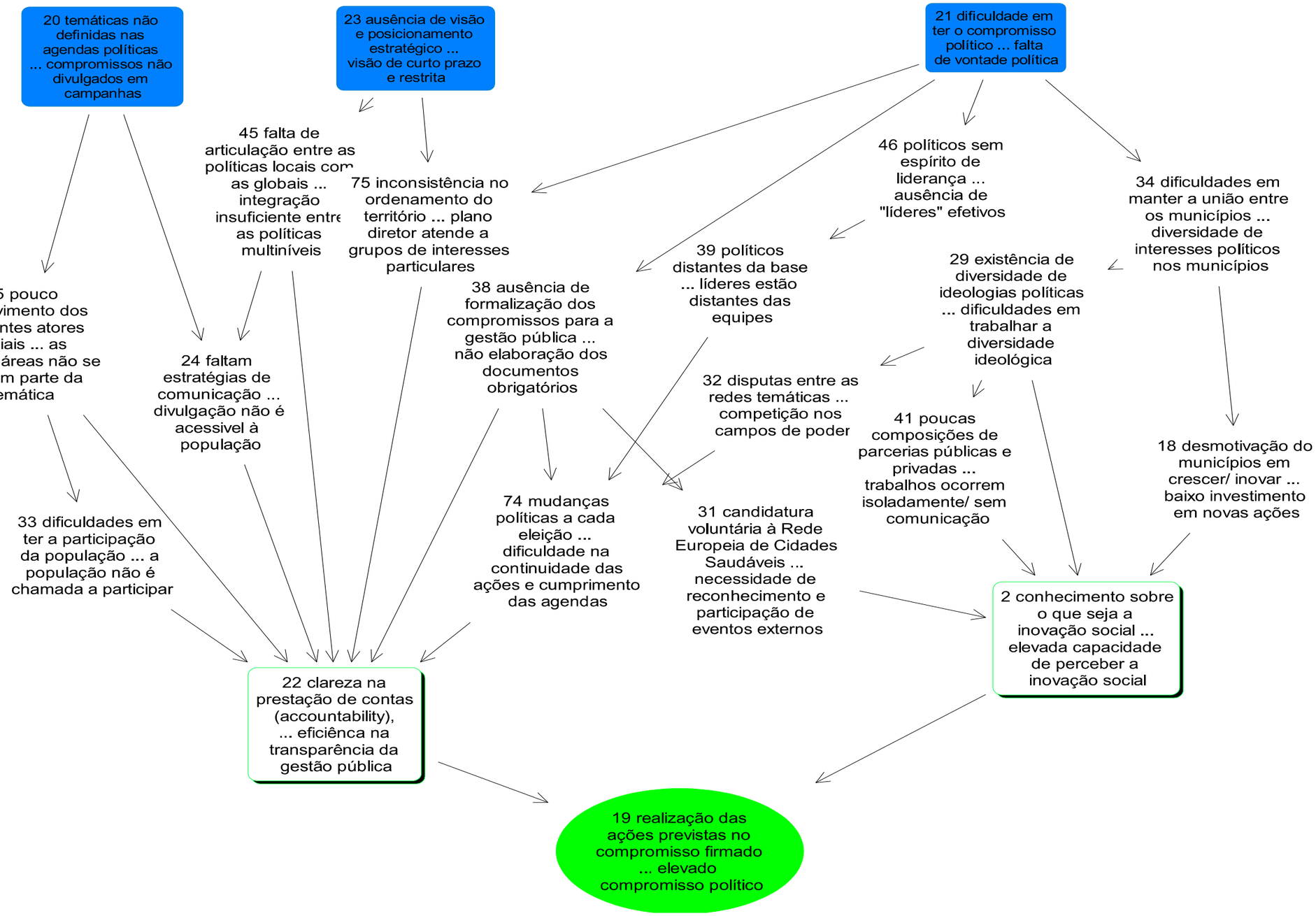
5.4.2.2 Análise qualitativa do cluster 'governança'

Ao longo de toda esta pesquisa, a terminologia 'governança' tem sido muito presente. Conforme apresentado no Capítulo 2, ela é considerada pelos autores como a base para a sustentação do planejamento urbano, constituindo elemento essencial da proposta do Programa Cidades Saudáveis (ADRIANO et al. 2000). A importância dada a essa temática também pode ser percebida nas próprias diretrizes desse programa no continente europeu, o

qual se encontra em estágio mais avançado, sendo uma das temáticas da VI fase do ciclo do programa na Europa (WORLD..., 2015). Considera-se a governança como sustentáculo desse programa. Isso, se ela se propuser a promover a participação social, com o compromisso das autoridades políticas e lideranças da comunidade, de forma a favorecer a integração dos setores em prol de um planejamento de longo prazo tendo como referência a saúde urbana e a redução das desigualdades.

O objetivo do *cluster* governança (Figura 19), conforme proposto neste trabalho pode ser identificado a partir do construto 19, que identifica o cumprimento das ações previstas no compromisso firmado pelos políticos como objetivo a ser alcançado. Entretanto, esse objetivo por vezes não é alcançado, devido a omissão na prestação de contas, que também é identificada pela ineficiência na transparência da gestão pública (22) e pelo desconhecimento, por parte dos gestores públicos e políticos, sobre o que seja inovação social (2). Essas opções estratégicas não são estabelecidas porque falta vontade política (21) e visão de curto prazo (23), e também porque as temáticas da saúde não são defendidas para constituir parte das agendas políticas (20). Sendo a inovação social um conceito desconhecido por parte dos gestores públicos e políticos, é possível compreender, parcialmente, porque novas estratégias para promover a integração social e solucionar problemas de exclusão social não são realizadas. A inovação social, segundo Gerometa, Haussermann e Longo (2005), propõe que se repensem novas formas de relacionamentos entre as instituições governamentais e as principais áreas da sociedade civil, entendendo-se que a sociedade civil é complementar ao estado. As exclusões sociais estão relacionadas a participação inadequada, a integração social limitada e a falta de poder, ou mesmo a ausência de interdependência e de participação, o que gera sentimentos de rejeição e alienação e falta de condições e opções para tomada de decisões (GEROMETA; HAUSSERMANN; LONGO, 2005).

Figura 21 - *Cluster* ‘governança’ baseado no mapa congregado



Fonte: A autora

No mapa do *cluster* governança, as dificuldades em honrar os compromissos políticos relacionam-se a: falta de vontade política (21), dificuldades em manter a união entre os municípios decorrentes da diversidade de interesses (34), ausência de espírito de liderança entre os políticos (45), ausência de formalização dos compromissos para a gestão pública (38) e dificuldade em atender interesses coletivos com favorecimento de interesses particulares. Isso, como se percebe nos casos de ordenamento do território/Plano Diretor (75).

As dificuldades em manter a união entre os municípios diante da diversidade de seus interesses políticos (34) geram desmotivação nas gestões municipais para investimentos em novas ações (18). Tais questões (34 e 18) poderiam ser resolvidas pelo conhecimento e pela capacidade de perceber a inovação social (2) como uma estratégia para estimular a realização dos compromissos políticos firmados (19).

As dificuldades em manter a união entre os municípios diante da diversidade de seus interesses políticos (34) podem ser explicadas também pela diversidade de ideologias políticas que, consequentemente, trazem dificuldade para se trabalhar a diversidade ideológica (29), constituinte dos sistemas democráticos. Tais problemas (34 e 29) poderiam ser amenizados pelo conhecimento das possibilidades em inovação social (2). A diversidade ideológica política (29) também dificulta composições de parcerias público-privadas, até mesmo por causa do isolamento dos municípios, que não conseguem se comunicar (41), o que constitui mais um dos impedimentos que poderiam ser trabalhados por meio de inovações sociais.

No caso da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis, a dificuldade em lidar com as diversidades ideológicas políticas (29) também pode ser observada nas competições de poder entre as diversas redes temáticas existentes no país (32). Tal questão é fortalecida em decorrência das mudanças políticas a cada eleição, o que gera dificuldades na continuidade das ações e no cumprimento das agendas (74), visto que existem omissões na prestação de contas por parte da gestão pública (22), o que impede a consecução de um dos objetivos: a realização das ações previstas no compromisso político firmado (19).

A falta de vontade política (21) pode ser percebida pela ausência de políticos efetivos, sem espírito de liderança (46), reforçada pelo distanciamento deles da base e de suas equipes (39), e também por sua dificuldade para dar continuidade às ações e cumprimentos das agendas decorrentes das mudanças políticas a cada eleição (74). Tais problemas poderiam ser amenizados por meio de uma prestação de contas eficiente e transparente por parte da gestão pública (22), assim favorecendo a realização das ações previstas nos compromissos políticos firmados.

O compromisso político também não ocorre (21) por causa da ausência da formação de compromissos para a gestão pública, pois muitas vezes os documentos obrigatórios de regularidade não foram elaborados (38). Isso também gera dificuldades na prestação de contas e na transparência na gestão pública (22), e faz com que os compromissos firmados não sejam cumpridos (19).

O fato de os Planos Diretores atenderem a grupos de interesse particular, em detrimento dos interesses coletivos, gera inconsistência no ordenamento do território (75). Esse problema constitui uma das demonstrações da falta de vontade dos políticos quanto ao cumprimento de seus compromissos políticos (21). A inconsistência no ordenamento do território a favor dos interesses particulares (75) acontece porque não existe uma prestação de contas eficiente e transparente na gestão pública (22), o que permite baixo compromisso político quanto às propostas firmadas (19).

A ausência de visão e de posicionamento estratégico, em outras palavras, a visão de curto prazo e restrita dos políticos (23), podem ser confirmadas pelos construtos 75 (inconsistência no ordenamento do território em prol de atender interesses particulares) e 45, que informa sobre a falta de articulação entre as políticas locais r as globais, que também pode ser interpretada pela integração insuficiente entre as políticas multiníveis (global, nacional, municipal). Essa desarticulação apontada no construto 45 decorre da falta de estratégias de comunicação para veiculação de informações à população (24), o que prejudica a transparência na gestão pública (22) e dificulta a prestação de contas quanto à realização das ações previstas nos compromissos políticos firmados (19).

De forma semelhante, é possível analisar que em um dos impactos do construto cauda ‘as temáticas não são previstas nas agendas políticas’ (20), o que ocorre porque a ‘população não tem acesso às comunicações disponíveis (24), não participando, assim, de forma eficaz diante da prestação de contas da gestão pública. Também é possível perceber que as temáticas não são previstas nas agendas políticas durante as campanhas (20) porque existe pouco envolvimento dos diferentes atores sociais (25), o que dificulta a participação da população quanto a prestação de contas (22) e favorece que os compromissos firmados não sejam cumpridos (19).

Analisando-se o *cluster* ‘governança’ é possível identificar o construto 22 (omissões na prestação de contas – *accountability*... ineficiência na transparência da gestão pública) como uma questão central, visto que, por meio de sua implementação (eficiência e transparência na gestão pública), seria possível ter um elevado impacto positivo sobre o objetivo de fazer com que as ações previstas nos compromissos políticos firmados fossem efetivamente realizadas.

Com base nos construtos do *cluster* ‘governança’ é possível analisá-lo quantitativamente, conforme a Tabela 10.

Tabela 10 - Quantidade de construtos do *cluster* governança baseado no mapa congregado

TIPO DE CONSTRUTO	QUANTIDADE
Cauda	3
Opções estratégicas	2
Cabeça	1
Alternativas	15
Total	21

Fonte: A autora

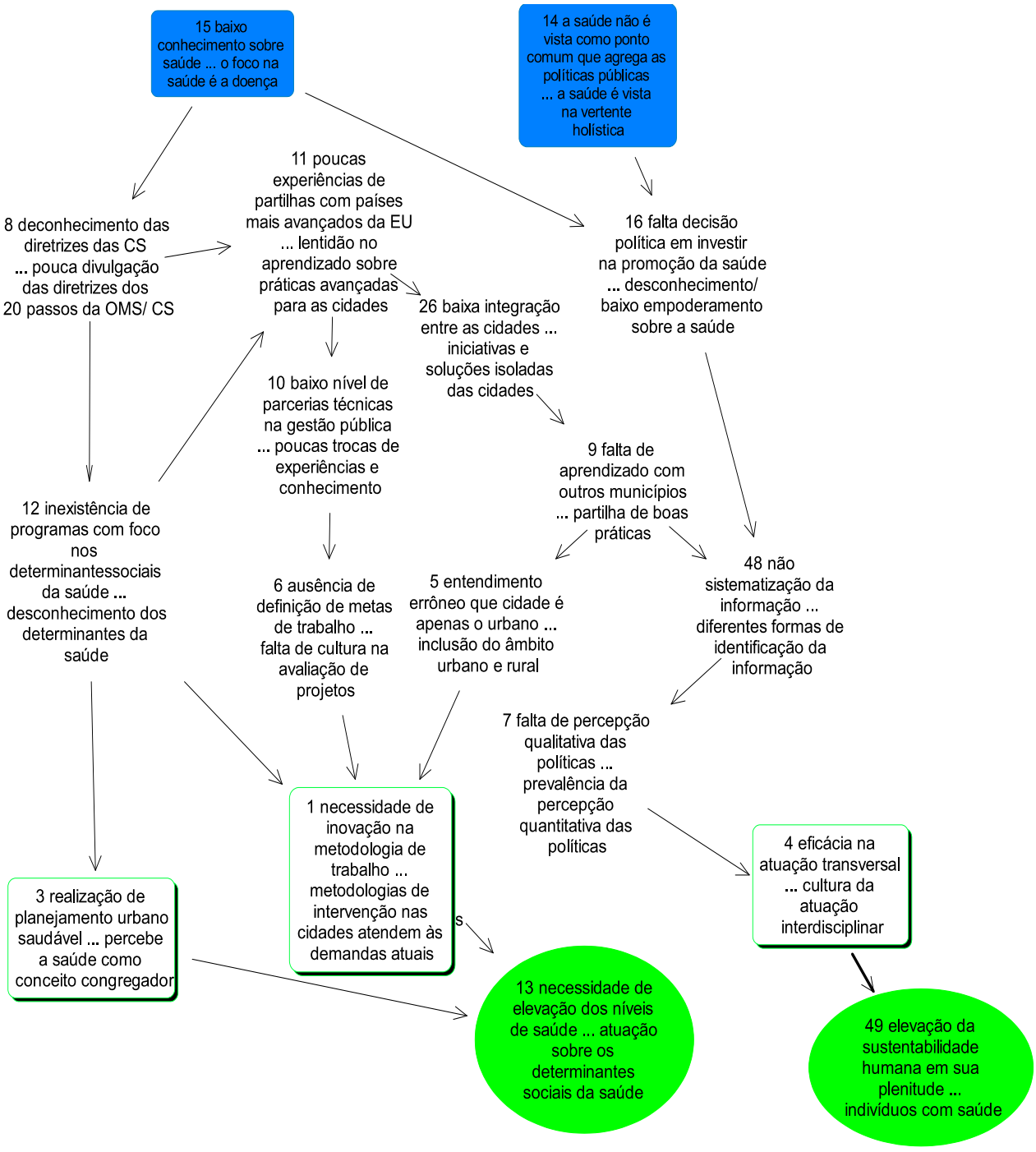
É importante ressaltar que a causa identificada no construto 20 é comum ao *cluster* ‘conhecimento’.

5.4.2.3 Análise qualitativa do cluster ‘conhecimento’

No Capítulo 3, o conhecimento foi abordado a partir de Maturana e Varela (1997), Morin (2016) e Elias (2008), quatro autores que apresentam a importância da integração dos saberes rompendo o paradigma da fragmentação e dos compartimentos das áreas. Elias (2008) trata da sociologia do conhecimento como o campo que propõe entender as relações sociais na produção do conhecimento, e apresenta assim como os outros autores, a relação de interdependência da produção do conhecimento entre o sujeito observador e o objeto. Morin (2016) alerta a todo momento em sua obra principal a relação da circularidade do conhecimento, do processo contínuo de melhoria e aprimoramento, pois não tem fim o processo de conhecer. Para esses autores, o desconhecimento é um fator que ameaça o viver social; portanto, torna-se necessário aprender a conhecer como o conhecimento é produzido, para que seja possível fazer a transformação social em prol, no caso desta pesquisa, do bem-estar da população e da adequada saúde urbana. A partir dessa possibilidade de entender o conhecimento é possível visualizar as relações que impactam na construção de uma Cidade Saudável, conforme se descreve adiante, na análise dos construtos do *cluster* conhecimento.

A análise dos construtos do *cluster* ‘conhecimento’ (Figura 22) favorece o entendimento das dificuldades que os objetivos dos construtos 13 (elevação dos níveis de saúde) e 49 (elevação da sustentabilidade humana) sejam atingidos.

Figura 22 - *Cluster* ‘conhecimento’ baseado no mapa congregado



Fonte: A autora

Os diferentes atores sociais e as diferentes áreas não se sentem parte (25) responsáveis que possam constituir e influenciar sobre as temáticas definidas nas agendas políticas (20), pois tal situação ocorre por causa da cultura predominante especialista (4), que dificulta a consecução do objetivo de elevar a sustentabilidade humana (49).

O desconhecimento sobre a saúde (16) explica a não inclusão dessa temática nas agendas políticas (20). Ao mesmo tempo, a não sistematização da informação (48) explica o

desconhecimento sobre a saúde, que prejudica a tomada de decisão política em investir na promoção da saúde (16). A falta da sistematização da informação (48), por sua vez, decorre da prevalência da percepção quantitativa e da falta de percepção qualitativa das políticas (7), questões que poderiam ser minimizadas se a cultura especialista cedesse um maior espaço para a cultura transversal (4), para favorecer a elevação da saúde dos indivíduos (49).

A causa do baixo conhecimento sobre saúde (15) decorre do desconhecimento das diretrizes das Cidades Saudáveis (8) e do baixo empoderamento sobre a saúde (16). O desconhecimento das diretrizes das Cidades Saudáveis (8) também acontece por causa da inexistência de programas com foco nos determinantes sociais de saúde e do próprio desconhecimento sobre os determinantes sociais de saúde (12). Isso tem como consequência a ausência de planejamento urbano saudável, visto que a saúde não é percebida como conceito agregador das demais áreas do conhecimento (3), o que impede a consecução do objetivo de elevação dos níveis de saúde (13). Logo, para que os níveis de saúde sejam elevados, tendo como referência os determinantes sociais de saúde (13), é necessário que o planejamento urbano seja norteado pelo conceito agregador da saúde (3).

O desconhecimento das diretrizes das Cidades Saudáveis (8) decorre das poucas partilhas de experiências com os países mais avançados. Isso provoca lentidão no aprendizado de práticas avançadas para as cidades (11) e baixa integração entre as cidades, as quais constituem soluções isoladas (26), deixando assim de favorecer um aprendizado entre os municípios a partir da partilha das boas práticas (9). Tal fato gera, inclusive, o entendimento errôneo de que o município é apenas o urbano, sem considerar o rural (5). Esse contexto poderia ser minimizado se fossem inclusas inovações na metodologia de trabalho, com a intervenção das demandas atuais das cidades (1), com o intuito de elevar os níveis de saúde pelo entendimento dos fatores sociais e de saúde (13).

Observa-se que falta de aprendizado e partilha de boas práticas com outros municípios (9) também acontece por causa da falta de sistematização das informações, e por vezes, existem diferentes formas de identificação da informação (48), seja por causa da falta da percepção qualitativa das políticas, seja pela prevalência da percepção quantitativa das políticas (7), o que poderia ser amenizado por atuação transversal e menos especialista (4), favorecendo assim as possibilidades de elevação da sustentabilidade humana (49).

O baixo conhecimento sobre saúde (15) é explicado pelo desconhecimento das diretrizes do Programa Cidades Saudáveis (8), pela inexistência de programas com foco nos determinantes sociais de saúde (12) e pelas poucas experiências partilhadas com países mais avançados (11). Tem como consequências o baixo nível de parcerias técnicas na gestão

pública e poucas trocas de experiências e conhecimentos (10). Tal fato é agravado pela ausência de definição de metas de trabalho por existir falta de cultura na avaliação de projetos (6), demonstrando assim necessidade de inovação na metodologia de trabalho das cidades (1), para que se possa avançar em relação aos níveis de saúde baseados nos determinantes sociais de saúde (13).

Com base nos construtos do *cluster* 'conhecimento' é possível analisá-lo quantitativamente, conforme a Tabela 11.

Tabela 11 - Quantidade de construtos do *cluster* conhecimento baseado no mapa congregado

TIPO DE CONSTRUTO	QUANTIDADE
Cauda	3
Opções estratégicas	3
Cabeça	2
Alternativas	11
Total	19

Fonte: A autora

É importante ressaltar que a causa identificada no construto 20 é comum ao *cluster* 'governança'.

5.5 Análise entre o mapa baseado no levantamento bibliográfico e o mapa congregado da experiência Portuguesa

Ao analisar os construtos identificados no mapa baseado no levantamento bibliográfico e o mapa congregado, baseado nas entrevistas dos *stakeholders* portugueses, foi possível observar que apenas um construto não foi identificado com similaridade com o mapa congregado. Todos os demais construtos do mapa baseado no levantamento bibliográfico foram mencionados nas entrevistas, conforme Quadro 16. O construto identificado sem similaridade com o mapa congregado foi o que menciona os ambientes das cidades não atraentes... zonas degradadas/gentrificação (20) da revisão bibliográfica.

Percebeu-se que alguns construtos do mapa congregado não foram identificados no levantamento bibliográfico. Tal fato pode ser explicado porque os documentos utilizados no levantamento bibliográfico não foram baseados em experiências práticas de aplicação do Programa Cidades Saudáveis, sendo documentos conceituais sem a especificidade de uma localidade e de um contexto de implementação. Os resultados obtidos com as entrevistas

foram baseados nas vivências dos vinte anos da Rede Portuguesa, contendo abordagens política, técnica e acadêmica, compondo uma observação sob diferentes perspectivas.

No mapa congregado foi identificado um novo agrupamento (*cluster*) constituído com um elevado número de construtos que remetem à importância do conhecimento da saúde numa perspectiva holística, considerada essencial para que os princípios do Programa Cidades Saudáveis sejam implementados. No levantamento bibliográfico foi identificado apenas um construto com esse direcionamento, que foi 'a saúde não é percebida numa visão holística… a saúde é vista apenas como doença', não se justificando, assim, a constituição de um agrupamento.

A constituição de um *cluster*, ao elaborar um mapa cognitivo SODA, só é justificada quando são identificados construtos que permitam uma relação de interdependência entre a causa do problema, as alternativas que o explicam e as opções estratégicas que lhes possibilite atingir um objetivo para apoiar na solução de um problema. A identificação de poucos construtos, que não justifica o agrupamento em *cluster*, pode decorrer da base de documentos analisados, bem como da entrevista realizada, seja porque o entrevistador não abordou a questão ou porque foi percebida durante a entrevista como uma variável não relevante por parte do entrevistado.

Outra diferenciação entre o mapa baseado no levantamento bibliográfico e o congregado foi a exclusão de um *cluster* específico de morfologia urbana, visto que os construtos desse *cluster* no mapa congregado foram mais bem identificados no *cluster* 'condições socioespaciais para uma vida saudável'.

Alguns construtos do levantamento bibliográfico não aparecem com a mesma descrição no mapa congregado; entretanto, a análise entre os dois cenários considerou que eles estavam inclusos em outras descrições. Como exemplo: os construtos do levantamento bibliográfico que mencionam os resíduos, alimentação e a água tratada não aparecem explicitamente no mapa congregado; entretanto, entende-se que eles constituem elemento da qualidade ambiental. Outros motivos pelos quais esses construtos não aparecem é o fato de eles estarem resolvidos na realidade portuguesa, base para a construção do mapa congregador, e também porque no mapa congregado optou-se pela permanência apenas das descrições consideradas de campo estratégico e não operacional.

Quadro 16 - Similaridades e relações entre os construtos do levantamento bibliográfico inicial e os construtos do mapa congregado

CONSTRUTOS DO LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO	CONSTRUTOS DO MAPA CONGREGADO
Carência de redes sociais de apoio para as atividades da cidade... aproximação dos setores público e privado para a promoção do bem comum (1)	Baixa articulação entre o poder municipal e as instituições sociais... intervenções junto aos grupos de risco (71)
Desenvolvimento do capital social... baixo relacionamento entre os atores envolvidos na temática (2)	Pouco envolvimento dos diferentes atores sociais... as demais áreas não se sentem parte da temática (25)
Baixo empenho político dos protagonistas... omissão das lideranças/gestores políticos dos municípios na defesa da proposta	Dificuldades em ter o compromisso político... baixa vontade política (21)
Baixa participação social na elaboração das propostas... a comunidade não participa das propostas (4)	Dificuldades em ter a participação da população... população não é chamada a participar (33)
Falta de compromisso dos governos com a saúde da população... ineficácia das políticas públicas com a saúde (5)	Dificuldades em ter o compromisso político... baixa vontade política (21)
Deficiência nas ações intersetoriais... serviços e ações setorizados/ departamentalizados (6)	Ineficácia na atuação transversal... cultura da atuação especialista (4)
Dificuldade na inovação das políticas públicas... resistências em aceitar as mudanças (7)	Desconhecimento sobre o que seja a inovação social... baixa capacidade de perceber a inovação social (2)
Carência de um programa de colaboração eficaz entre cidades... necessidades de trocas de experiências	Falta de aprendizado com outros municípios... partilha de boas práticas (9)
Políticas nacional e local não integradas... as políticas são centralizadas (9)	Falta de articulação entre as políticas locais com as globais... integração insuficiente entre as políticas multiníveis (45)
Indisponibilidade de tecnologias da informação favoráveis à gestão pública... dificuldades de obtenção de informações para tomada de decisões (10)	Não sistematização da informação... diferentes formas de identificação da informação (48)
Omissão na prestação de contas públicas (*accountability*)... não assunção da transparência como um atributo da gestão pública (11)	Omissão na prestação de contas (*accountability*)... ineficiência na transparência da gestão pública (22)
Acúmulo de resíduos nas cidades... ação pública insuficiente para a tratativa dos resíduos (12)	Má qualidade ambiental... pouco foco na sustentabilidade ambiental (62)
Baixo acesso à agua tratada... rede de abastecimento insuficiente (13)	Má qualidade ambiental... pouco foco na sustentabilidade ambiental (62)

Baixo desenvolvimento econômico... número insuficiente de empresas e empregos (14)	Ambiente físico desfavorável para as empresas... baixo investimento em infraestrutura para as empresas (60)
Insuficiente oferta de transportes públicos... cultura de mobilidade baseada no uso de automóveis (15)	Insuficiência oferta de transportes públicos... dificuldades na mobilidade urbana (58)
Infraestrutura urbana insuficiente... demanda populacional é maior que a infraestrutura disponível (16)	Oferta insuficiente de serviços públicos... dificuldades de acesso aos serviços públicos (50)
Proporção significativa de habitações insalubres... existência de favelas / cortiços (17)	Carência de boas condições habitacionais... as habitações não estão adequadas às mudanças climáticas (57)
A saúde não é percebida numa visão holística... a saúde é vista apenas como doença (18)	baixo conhecimento sobre o que é saúde... o foco na saúde é a doença (15)
Sensação de insegurança nas cidades... aumento na vigilância pública gera sensação do panoptismo (19)	Falta de segurança para as pessoas... violência urbana presente (61)
Ambientes das cidades não atraentes... zonas degradadas/gentrificação (20)	Construto sem similaridade com o mapa congregado.
Ineficiência das políticas favoráveis ao ecossistema estável e sustentável... desconhecimento sobre as práticas de sustentabilidade ambiental (21)	Má qualidade ambiental... pouco foco na sustentabilidade ambiental (62)
Ausência de áreas verdes... edificações realizadas sem controle do uso do território (22)	Escassez de áreas verdes... faltam parques, praças, vias com árvores (69)
Ausência de espaços públicos para a prática de esportes... cidade não favorece espaços para uma vida saudável (23)	Escassez de ambientes para a prática de esportes... dificuldades de acessos aos recursos para a prática esportiva (72).
Dificuldades no acesso à alimentação saudável... expansão do mercado de alimentação industrializada (24)	Condição social não favorecedora para uma vida saudável... recursos sociais insuficientes (73)
Ausência de serviços públicos para a vida cotidiana (escolas, equipamentos de saúde, espaços de cultura/ lazer)... insatisfação das necessidades sociais mínimas para uma vida saudável (25)	Condição social não favorecedora para uma vida saudável... recursos sociais insuficientes (73)

Fonte: A autora

A partir desta análise, percebe-se que as diretrizes identificadas como essenciais, conforme levantamento bibliográfico, foram consideradas pelos *stakeholders*, permitindo verificar que o Programa Cidades Saudáveis implementado em Portugal atende aos requisitos estabelecidos pela OMS e confirmando que a experiência Portuguesa é uma referência.

5.6 Análise das semelhanças e diferenças: Programa Cidades Saudáveis (OMS) no Brasil e em Portugal

A análise comparativa entre Portugal e o Brasil aqui apresentada refere-se aos enfretamentos percebidos e descritos no mapa SODA congregado, conforme as entrevistas realizadas com atores chave de Portugal e algumas experiências e iniciativas de implementação do Programa Cidades Saudáveis (OMS) no Brasil identificadas em levantamento bibliográfico.

Considera-se, para esta análise, o levantamento bibliográfico de artigos científicos sobre as experiências brasileiras que, de forma efetiva e explícita, seguem e implementam o Programa, e realizados numa perspectiva crítica sobre os principais enfrentamentos da implementação do Programa da OMS. Portanto, consideraram-se as experiências e as iniciativas que, apesar de mencionarem princípios de qualidade de vida, promoção da saúde, bem-estar, dentre outros fatores sugeridos no Programa, não foram norteados por terem formalmente a intenção de relacionar tais experiências e iniciativas ao Programa da OMS por parte dos gestores públicos.

Tal recorte se fez necessário porque alguns municípios se declaram pertencentes ao movimento por terem desenvolvido iniciativas de implementação de políticas públicas que incorporam algumas das noções apresentadas no Programa ou relacionadas a movimentos de promoção da saúde. Da mesma forma, percebeu-se que alguns artigos científicos usam como palavra chave ‘cidade/município saudável’, entretanto com o intuito de referenciar formas e critérios de avaliação de cidades com base nas diretrizes do Programa, mas não porque os municípios implementaram tal Programa de forma efetiva com a intenção de relacionar as ações com o Programa da OMS, constituindo, pois, artigos analíticos. Também foram excluídos os artigos e demais levantamento bibliográficos que relatam as experiências de implantação do Programa, porém sem relato explícito dos enfrentamentos da implementação. Esse recorte também se fez necessário para que fosse possível analisar os dados comparativos com maior precisão; entretanto, percebeu-se que os artigos pesquisados não contemplavam

todos os elementos contidos no mapa SODA, com base na experiência portuguesa, conforme aqui se apresenta.

Quatro documentos foram identificados de acordo com os critérios predefinidos. Freire, Salles e Sá (2016) analisam a experiência no estado de Pernambuco, em 23 (vinte e três) cidades. Mendes e Akerman (2004) relatam a implementação em 4 (quatro) cidades de São Paulo: Limeira, Bertioga, Santo André e Piracicaba. Adriano, *et al*. (2000) relatam a experiência em 2 (duas) cidades mineiras: Dionísio e São José do Goiabal. Por último, Mendes (2000) pesquisou 2 (duas) cidades: Jundiaí (SP) e Maceió (AL).

A pergunta norteadora desta análise entre as experiências brasileira e portuguesa era: "o que a experiência brasileira tem em comum com a portuguesa, tendo como referência os construtos do mapa congregado? O que é específico da realidade brasileira e não foi identificado na experiência portuguesa descrita no mapa congregado?" Depois de identificar cada um dos enfretamentos das experiências brasileiras, elas foram correlacionadas aos construtos do mapa congregado. Em função da descrição do texto dos enfrentamentos citados nos documentos científicos utilizados, a relação foi realizada com o texto do construto descrito no polo positivo e/ou no negativo, sendo escolhida a descrição do construto mais se assemelhava à apresentada no documento de referência. Ao final, essa identificação é apresentada em forma de tabela, para melhor visualização.

A experiência realizada no estado de Pernambuco com a participação de 23 municípios, vem apresentando os seguintes dificultadores, conforme descrito por Freire, Salles e Sá (2016): gestão local indiferente, não visibilidade dos programas, falta de interlocução externa e a ausência de líderes. De acordo com essa classificação, é possível observar que alguns fatores são percebidos nos municípios de forma positiva, enquanto em outros são vistos de forma não favorável aos princípios e às diretrizes do Programa Cidades Saudáveis (OMS).

Comparando esses apontamentos com o mapa congregado, percebe-se que os elementos dificultadores também são citados, em outras palavras, mas como o mesmo significado no mapa. A gestão local indiferente e a ausência de líderes podem ser identificadas em 6 (seis) construtos: dificuldade em ter o compromisso político por falta da vontade política (21), temática não definida na agenda política (20), pouco envolvimento dos diferentes atores sociais/áreas não se sentem parte da temática (25), falta de decisão política em investir na promoção da saúde(16), políticos distantes da base/líderes distantes das equipes (39), políticos sem espírito de liderança/ausência de líderes efetivos (46). Todos esses construtos estão inseridos no *cluster* governança.

O dificultador “não visibilidade dos programas” também foi percebido no mapa congregado, conforme o construto ‘faltam estratégias de comunicação/divulgação não é acessivel à população’ (24), dificuldades em ter a participação da população/população não é chamada para participar (33) e ‘trabalhos ocorrem sem comunicação’ (41). Esses construtos estão inseridos no *cluster* governança.

A falta de interlocução externa, um dos dificultadores apontados por Freire, Salles e Sá (2016), pode ser interpretado a partir dos construtos: 71 (baixa articulação entre o poder municipal e as instituições civis da área social), 24 (faltam estratégias de comunicação/ divulgação não é acessivel à população) e 33 (dificuldades em ter a participação da população/ população não é chamada para participar), 9 (falta de aprendizado com outros municípios/ pouca partilha de boas práticas), 10 (baixo nível de parcerias técnicas na gestão pública/ poucas trocas de experiências e conhecimento), 11 (poucas experiências de partilhas com países mais avançados, 26 (baixa integração entre as cidades), 34 (dificuldades em manter a união entre os municípios/ diversidade de interesses políticos nos municípios), 41 (poucas composições de parcerias públicas e privadas), 45 (falta de articulação entre as políticas locais com as globais). Esse fator dificultante pode ser percebido nos três *clusters* do mapa agregado: condições socioespaciais para uma vida saudável, conhecimento e governança. Entretanto, ao se mencionar na análise do mapa congregado que o construto ‘baixa articulação entre o poder municipal e as instituições sociais’ (71) está relacionado ao *cluster* de condições socioespaciais para uma vida saudável, também seria possível interpretar que esse construto poderia estar incorporado ao *cluster* de conhecimento, numa relação causual com o construto ‘baixo nível de parcerias técnicas na gestão pública’ (10).

Considerando as quatro cidades de São Paulo (Limeira, Bertioga, Santo André e Piracicaba), estudadas por Mendes e Akerman (2004), os principais enfrentamentos identificados foram: resistência do secretariado por achar que se tratava de assuntos da ‘área da saúde’, dificuldades em dar visibilidade às iniciativas; baixo uso de metodologias de monitoramento e avaliação de processo, resultados e impactos dos programas implementados; baixo nível de sistematização de controle das atividades realizadas versus planejadas, dificuldades em mudar as tradicionais formas de gestão das cidades, dificuldades em relação planejamentos conjuntos e estratégicos.

Com base nas dificuldades apontadas nas experiências das quatro cidades de São Paulo, em comparação com os enfretamentos listados no mapa congregado, é possível dizer que a resistência do secretariado em participar do programa, por achar que se tratava de assuntos da ‘área da saúde’, tem relação com o construto 25 (pouco envolvimento dos diferentes atores

sociais, as demais áreas não se sentem parte da temática. Tem relação também com a opção estratégica 4 (ineficácia na atuação transversal/ cultura da atuação especializada) e com o construto 32 (competição nos campos do poder). Esse enfrentamento tem relação com os *cluster* conhecimento e governança.

O enfrentamento relacionado a 'dificuldades em dar visibilidade às iniciativas' apresenta análise semelhante à dificuldade percebida no estado de Pernambuco (FREIRE et al., 2016), fazendo interface com o mapa congregado com os construtos 24,33 e 41 do *cluster* governança.

O baixo uso de metodologias de monitoramento e avaliação de processo, resultados e impactos do programa implementado e a dificuldade decorrente do baixo nível de sistematização de controle das atividades realizadas versus planejadas guardam relações com os construtos do mapa agregado: 6 (ausência de definições de metas de trabalho/falta de cultura na avaliação de projetos) e 48 (não sistematização da informação/ diferentes formas de identificação da informação). Esses enfretamentos das quatro cidades de São Paulo, se comparados com o construto 7, apresentam uma pequena diferença de percepção. Nessas cidades, conforme descrito por Mendes e Akerman (2004), não foi identificada prevalência de percepção das avaliações quantitativas sobre as qualitativas. Esses autores comentam a não existência de uma sistematização de avaliação, enquanto em Portugal a avaliação quantitativa tem maior reconhecimento por parte dos gestores públicos. Esses enfrentamentos estão relacionados ao *cluster* conhecimento.

As dificuldades em mudar as tradicionais formas de gestão das cidades identificadas nas quatro cidades de São Paulo (MENDES; AKERMAN, 2004) têm relação com as quatro opções estratégicas dos *clusters* conhecimento e governança: ausência de planejamento urbano saudável/ não percebe a saúde como conceito congregador (3), necessidade de inovação na metodologia de trabalho/metodologias de intervenção nas cidades não atendem às demandas atuais (1), ineficácia na atuação transversal/ cultura da atuação especialista (4), omissões na prestação de contas – *accountability*/ineficiência na transparência pública (22) e desconhecimento sobre o que seja inovação social, baixa capacidade de perceber a inovação social (2).

As dificuldades em relação ao planejamento conjunto e estratégico relaciona-se a 'ausência de visão e posicionamento estratégico/ visão de curto prazo e restrita' (23) e construto 'falta de articulação entre as políticas locais com as globais/ integração insuficiente entre as políticas multiníveis' (45). Tal interpretação posiciona-se no *cluster* governança.

De acordo com Adriano *et al.* (2000), os principais enfrentamentos para a implementação do Programa nas cidades mineiras de Dionísio e São José do Goiabal foram: o entendimento errôneo, por parte dos gestores públicos, pois por meio do programa seria possível a obtenção de recursos financeiros (falta de recursos financeiros); falta de saneamento básico (falta de coleta e destinação adequada do lixo e esgoto); má qualidade da água; desemprego, insuficiência e desorganização dos serviços de saúde; precárias vias de acesso; falta de capacidade gerencial dos municípios; distanciamento da máquina administrativa das prefeituras em relação aos projetos elaborados; trabalho voluntário da maior parte das equipes locais; gestão dos prefeitos centralizada e tradicional; baixo envolvimento da comunidade; cultura histórica das relações entre estado e sociedade (clientelismo político); falta de estratégias de comunicação para a mobilização social; falta de credibilidade na efetiva participação da população; fragmentação das ações; inexistência de tradição em planejamento integrado e participativo; administração pública pouco integrada ao movimento.

Os principais enfrentamentos percebidos nas cidades de Dionísio e São José do Goiabal relacionados aos construtos do mapa congregados são: a falta de saneamento básico (falta de coleta e destinação adequada do lixo e esgoto) e má qualidade da água podem estar associados ao construto 62 (má qualidade ambiental/ pouco foco na sustentabilidade ambiental e na carência de atividades em prol saúde/ falta de planos para a saúde (51); o desemprego pode estar associado às dificuldades de acesso à educação/ pouca competência na área da educação pública (63), às diferentes oportunidades para os indivíduos (59), ao ambiente físico desfavorável para as empresas (6) e ao pouco uso dos recursos naturais de forma convergente/ não se percebe a possibilidade de uso dos recursos naturais disponíveis no município (70). A insuficiência e desorganização dos serviços de saúde está relacionado à carência de hospitais e controle de saúde/ ausência de equipamentos de saúde (66) e à oferta insuficiente de serviços públicos / dificuldade de acesso aos serviços públicos (50); o construto 50 também tem relação com as precárias vias de acesso dessas cidades. Observa-se que nesses municípios muitos dos enfrentamentos estão associados ao *cluster* de condições socioespaciais para uma vida saudável. Diferentemente dos demais municípios brasileiros estudados nesta pesquisa, esses são aqueles com ausência de condições para uma vida saudável. Isso também pode ser percebido porque essas cidades não se constituem como centros urbanos ou capitais e, apesar de não serem rurais, constituem-se como cidades do interior. Conforme observações da United Nations (2015), a pobreza está 80% concentrada em áreas rurais. Observa-se também que, embora possam ser agrupados em *clusters* e

compartilhar construtos, a situação social, econômica e de infraestrutura urbana é bastante diversa entre os municípios analisados.

O entendimento errôneo, por parte dos gestores públicos de Dionísio e de São José Goiabal, de que por meio do Programa seria possível a obtenção de recursos financeiros (falta de recursos financeiros), pode ser correlacionado ao desconhecimento das diretrizes das Cidades Saudáveis (8); o distanciamento da máquina administrativa das prefeituras em relação aos projetos elaborados está relacionado ao construto 39 (políticos distantes da base/ líderes estão distantes das equipes); o baixo envolvimento da comunidade e falta de credibilidade na efetiva participação da população estão relacionados ao pouco envolvimento dos diferentes atores sociais (25) e às dificuldades em ter a participação da população (33); a falta de estratégias de comunicação para a mobilização social está relacionada aos construtos 24 (faltam estratégias de comunicação/ divulgação não é acessível à população) e às dificuldades em ter a participação da população (33); a fragmentação das ações pode ser relacionada à ineficácia na atuação transversal/ cultura da atuação especialista (4); a inexistência de tradição em planejamento integrado e participativo está associada ao construto 33 (população não é chamada a participar) e à ineficácia na atuação transversal/ cultura da atuação especialista (4); administração pública pouco integrada ao movimento está associada ao construto 39 (políticos distantes da base/ líderes estão distantes das equipes). Esses enfrentamentos estão associados aos *clusters* governança e conhecimento.

As dificuldades percebidas nesses municípios, decorrentes da falta de capacidade gerencial dos municípios, trabalho voluntário da maior parte das equipes locais, gestão dos prefeitos centralizada e tradicional e cultura histórica das relações entre estado e sociedade (clientelismo político), conforme mencionado anteriormente, guardam relação com a cultura institucional histórica e o não amadurecimento institucional.

Mendes (2000), realizou investigação mais aprofundada sobre os municípios de Jundiaí - SP, no sudeste do país, e em Maceió, capital do estado nordestino de Alagoas. No município de Jundiaí, Mendes (2000) identificou que os principais enfrentamentos foram: a dificuldade em integrar os diversos setores do governo (dificuldade na implementação da intersetorialidade); políticas fragmentadas na administração pública; mudanças nos membros do governo/ falta de continuidade política; dificuldades em ter a participação dos diversos setores da sociedade civil e do poder público; projeto entendido como uma ferramenta de marketing político; baixa representatividade do projeto; falta de clareza, objeto e especificidade do projeto; dificuldades na manutenção de parcerias técnicas; falta de

compromisso do gestor político; inexistência de apoio técnico; falta de monitoramento continuado das ações e excessiva valorização da formalização do projeto.

Em Maceió, para Mendes (2000) os enfrentamentos foram: ausência da institucionalização do projeto; desarticulação das ações realizadas com os propósitos do projeto, desinformação dos dirigentes e dos moradores sobre o projeto; máquina administrativa setorizada e desconectada, projeto setorizado na "saúde"; falta de competência técnica de liderança nas comunidades.

Analisando os enfrentamentos de Jundiaí com o mapa congregado da experiência portuguesa, observam-se as seguintes afinidades: a dificuldade em integrar os diversos setores do governo (dificuldade na implementação da intersetorialidade) e políticas fragmentadas na administração pública relacionadas à ineficiência na atuação transversal (4) e ao pouco envolvimento dos diferentes atores sociais (25); as mudanças nos membros do governo/ falta de continuidade política está relacionada ao construto 74 (mudanças políticas a cada eleição); as dificuldades em ter a participação dos diversos setores da sociedade civil e do poder público e baixa representatividade do projeto estão relacionadas ao construto 33 (dificuldades em ter a participação da população); o projeto entendido como uma ferramenta de marketing político e a falta de clareza, objeto e especificidade do projeto estão relacionados ao construto (8) desconhecimento das diretrizes das Cidades Saudáveis e às competições nos campos do poder (32), as dificuldades na manutenção de parcerias técnicas estão associadas ao construto 10 (baixo nível de parcerias técnicas na gestão pública); a falta de compromisso do gestor político está associada ao construto 21 (falta de vontade política); falta de monitoramento continuado das ações está associado ao construto 6 (ausência de definição de metas de trabalho), à não sistematização da informação (48) e a inexistência de apoio técnico (relatado por causa da finalização da parceria do município com organização internacional do Canadá que orientava a implementação do Programa Cidades Saudáveis) está associado ao construto 10 (baixo nível de parcerias técnicas na gestão pública). Esses construtos refletem assuntos relacionados aos *clusters* governança e conhecimento.

Os enfrentamentos decorrentes da excessiva valorização da formalização do projeto e a inexistência de apoio técnico, percebidos em Jundiaí, não guardam relação com os enfrentamentos da experiência portuguesa. A excessiva valorização da formalização do projeto, no caso de Jundiaí, deve-se à grande preocupação da equipe gestora em fazer com que o projeto tivesse reconhecimento formal por parte dos atores envolvidos; porém, tal preocupação ocasionou um comprometimento formal da equipe sem que seus componentes estivessem efetivamente envolvidos com os propósitos do projeto, pois muitas vezes

participavam das atividades pela formalidade das convocações e das atribuições legitimadas por meio de portarias emitidas pelos gestores públicos.

É possível correlacionar os principais enfrentamentos do Programa em Maceió com o mapa congregado, da seguinte forma: a ausência da institucionalização do projeto tem relação com o construto 38 (ausência de formalização dos compromissos para a gestão pública); a desarticulação das ações realizadas com os propósitos do projeto, construtos e a desinformação dos dirigentes e dos moradores sobre o projeto pode ser relacionado ao construto 8 (desconhecimento das diretrizes das Cidades Saudáveis); a máquina administrativa setorizada e desconectada e o projeto setorizado na "saúde" podem ser relacionados ao construto 25 (pouco envolvimento dos diferentes atores sociais, e as demais áreas não se sentem parte da temática) e a falta de competência técnica de liderança nas comunidades podem ser identificadas no construto 45 (políticos sem espírito de liderança, ausência de líderes efetivos).

A partir desta análise de interface entre os enfrentamentos das experiências brasileiras e os das portuguesas é possível efetuar uma comparação quantitativa entre as duas realidades, de acordo com a frequência de similaridade dos construtos da realidade lusitana com a brasileira, conforme demonstrado no Quadro 17.

Quadro 17 - Relação entre os construtos do mapa SODA baseado na experiência portuguesa sobre os principais enfrentamentos para a implantação de cidades saudáveis, por cluster, e os enfrentamentos das experiências brasileiras de 31 municípios obtidos de análise da produção acadêmica.

ID	**POLOS POSITIVOS/ POLOS NEGATIVOS**	***CLUSTER***	**FREQUÊNCIA DOS ENFRENTAMENTOS POR CONSTRUTO**
33	dificuldades em ter a participação da população/ a população não é chamada a participar	Governança	07
25	pouco envolvimento dos diferentes atores sociais/ as demais áreas não se sentem parte da temática	Governança	05
24	faltam estratégias de comunicação/ divulgação não é acessível à população	Governança	04
39	políticos distantes da base/ líderes estão distantes das equipes	Governança	03
45	falta de articulação entre as políticas locais com as globais/ integração insuficiente entre as políticas multiníveis	Governança	03
41	poucas composições de parcerias públicas e privadas/ trabalhos ocorrem isoladamente/ sem comunicação	Governança	03

48	não sistematização da informação/diferentes formas de identificação da informação	Governança	02
21	dificuldade em ter o compromisso político/ falta de vontade política	Governança	02
32	disputas entre as redes temáticas/ competição nos campos de poder	Governança	02
26	baixa integração entre as cidades/ iniciativas e soluções isoladas das cidades/ baixa interação nas cidades	Governança	01
19	efetivação das ações previstas no compromisso firmado/ baixo comprometimento político	Governança	01
20	temáticas não definidas nas agendas políticas/ compromissos não divulgados em campanhas	Governança	01
22	omissões na prestação de contas (accountability)/ ineficiência na transparência da gestão pública	Governança	01
34	dificuldades em manter a união entre os municípios/ diversidade de interesses políticos nos municípios	Governança	01
38	ausência de formalização dos compromissos para a gestão pública/ não elaboração dos documentos obrigatórios	Governança	01
23	ausência de visão e posicionamento estratégico/ visão de curto prazo e restrita	Governança	01
46	políticos sem espírito de liderança/ ausência de "líderes" efetivos	Governança	01
74	mudanças políticas a cada eleição/ dificuldade na continuidade das ações e cumprimento das agendas	Governança	01
11	poucas experiências de partilhas com países mais avançados da EU/ lentidão no aprendizado sobre práticas avançadas para as cidades	Governança	01
71	baixa articulação entre o poder municipal e as instituções civis da área social / intervenções junto aos grupos de risco	Governança	01
29	existência de diversidade de ideologias políticas/ dificuldade de trabalhar a diversidade ideológica	Governança	Zero
31	candidatura voluntária à Rede Europeia de Cidades Saudáveis/ necessidade de reconhecimento e participação de eventos externos	Governança	Zero
18	desmotivação dos municípios em crescer/ inovar / baixo investimento em novas ações	Governança	Zero
75	inconsistência no ordenamento do território/ plano diretor atende a grupos de interesses	Governança	Zero

	particulares		
4	ineficácia na atuação transversal/ cultura da atuação especialista	Conhecimento	05
15	baixo conhecimento sobre o que é saúde/ o foco na saúde é a doença	Conhecimento	04
14	a saúde não é vista como ponto comum que agrega as políticas públicas/ a saúde é vista na vertente holística	Conhecimento	04
6	ausência de definição de metas de trabalho/ falta de cultura na avaliação de projetos	Conhecimento	03
8	deconhecimento das diretrizes das CS/ pouca divulgação das diretrizes dos 20 passos da OMS/ CS	Conhecimento	03
10	baixo nível de parcerias técnicas na gestão pública/ poucas trocas de experiências e conhecimento	Conhecimento	02
1	necessidade de inovação na metodologia de trabalho/ metodologias de intervenção nas cidades não atendem às demandas atuais	Conhecimento	01
7	falta de percepção qualitativa das políticas/ prevalência da percepção quantitativa das políticas	Conhecimento	01
9	falta de aprendizado com outros municípios/ partilha de boas práticas	Conhecimento	01
2	desconhecimento sobre o que seja a inovação social/ baixa capacidade de perceber a inovação social	Conhecimento	01
16	falta decisão política em investir na promoção da saúde/ desconhecimento/ baixo empoderamento sobre a saúde	Conhecimento	01
3	ausência de planejamento urbano saudável/ não percebe a saúde como conceito congregador	Conhecimento	01
13	necessidade de elevação dos níveis de saúde/ atuação sobre os determinantes da saúde	Conhecimento	Zero
5	entendimento errôneo que cidade é apenas o urbano/ inclusão do âmbito urbano e rural	Conhecimento	Zero
12	inexistência de programas com foco nos determinantes sociais da saúde/ desconhecimento dos determinantes da saúde	Conhecimento	Zero
73	condição social não favorecedora para uma vida saudável/ recursos sociais insuficientes	Condições socioespaciais para uma vida saudável	07
62	má qualidade ambiental/ pouco foco na sustentabilidade ambiental	Condições socioespaciais para uma vida	01

		saudável	
63	dificuldades de acesso à educação/ pouca competência na área da educação pública	Condições socioespaciais para uma vida saudável	01
50	oferta insuficiente de ações e serviços públicos/ dificuldades de condições socioespaciais para uma vida saudável	Condições socioespaciais para uma vida saudável	01
66	carência de hospitais e centros de saúde/ ausência de equipamentos de saúde	Condições socioespaciais para uma vida saudável	01
70	pouco uso dos recursos naturais de forma convergente/ não se percebe a possibilidade de uso dos recursos naturais disponíveis no município	Condições socioespaciais para uma vida saudável	01
51	carência de atividades em prol da saúde/ faltam planos para a saúde	Condições socioespaciais para uma vida saudável	01
59	estado socioeconômico desigual/diferenças de oportunidades para os indivíduos	Condições socioespaciais para uma vida saudável	01
53	políticas insuficientes para o envelhecimento ativo/ desconhecimento sobre práticas favoráveis ao envelhecimento ativo	Condições socioespaciais para uma vida saudável	Zero
55	carência de respostas na área cultural/ poucas ações culturais	Condições socioespaciais para uma vida saudável	Zero
57	carência de boas condições habitacionais/ as habitações não estão adequadas para as mudanças climáticas	Condições socioespaciais para uma vida saudável	Zero
58	insuficiência oferta de transportes públicos/ dificuldades na mobilidade urbana	Condições socioespaciais para uma vida saudável	Zero
49	elevação da sustentabilidade humana em sua plenitude/ indivíduos com saúde	Condições socioespaciais para uma vida saudável	Zero
61	falta de segurança para as pessoas/ violência urbana presente	Condições socioespaciais para uma vida saudável	Zero
65	poucas ações no combate ao isolamento/	Condições	Zero

	promoção de espaços para interação social	socioespaciais para uma vida saudável	
67	xenofobia difundida na população/ pouca integração dos imigrantes/ igualdade do gênero	Condições socioespaciais para uma vida saudável	Zero
68	deficiência nas políticas sobre os imigrantes/ baixa inclusão dos imigrantes nas cidades	Condições socioespaciais para uma vida saudável	Zero
69	escassez de áreas verdes/ faltam parques, praças, vias com árvores	Condições socioespaciais para uma vida saudável	Zero
72	escassez de ambientes para a prática de esportes/ dificuldades de acessos aos recursos para a prática esportiva	Condições socioespaciais para uma vida saudável	Zero
60	ambiente físico desfavorável para as empresas/ baixo investimento em infraestrutura para as empresas	Condições socioespaciais para uma vida saudável	Zero

Fonte: A autora

Outra análise da similaridade entre as experiências brasileiras e portuguesas pode ser realizada em função da frequência percebida entre todos os construtos, independentemente do *cluster*, em ordem decrescente, conforme Tabela 12.

Tabela 12 - Construtos com maior índice de frequência baseado nos enfrentamentos das experiências brasileiras de 31 municípios para a implantação do Programa Cidades Saudáveis da OMS obtidos de análise da produção acadêmica e o mapa SODA congregado sobre os enfrentamentos da experiência portuguesa

ID	**CONSTRUTO**	***CLUSTER***	**FREQUÊNCIA**
73	condição social não favorecedora para uma vida saudável/ recursos sociais insuficientes	Condições socioespaciais para uma vida saudável	07
33	dificuldades em ter a participação da população/ a população não é chamada a participar	Governança	07
4	ineficácia na atuação transversal/ cultura da atuação especialista	Conhecimento	05
25	pouco envolvimento dos diferentes atores sociais/ as demais áreas não se sentem parte da temática	Governança	05
15	baixo conhecimento sobre o que é saúde/ o foco na saúde é a doença	Conhecimento	04

14	a saúde não é vista como ponto comum que agrega as políticas públicas/ a saúde é vista na vertente holística	Conhecimento	04
24	faltam estratégias de comunicação/ divulgação não é acessivel à população	Governança	04
39	políticos distantes da base/ líderes estão distantes das equipes	Governança	03
6	ausência de definição de metas de trabalho/ falta de cultura na avaliação de projetos	Conhecimento	03
41	poucas composições de parcerias públicas e privadas/ trabalhos ocorrem isoladamente/ sem comunicação	Governança	03
8	deconhecimento das diretrizes das CS/ pouca divulgação das diretrizes dos 20 passos da OMS/ CS	Conhecimento	03
45	falta de articulação entre as políticas locais com as globais/ integração insuficiente entre as políticas multiníveis	Governança	03
48	não sistematização da informação/ diferentes formas de identificação da informação	Governança	02
21	dificuldade em ter o compromisso político/ falta de vontade política	Governança	02
10	baixo nível de parcerias técnicas na gestão pública/ poucas trocas de experiências e conhecimento	Conhecimento	02
32	disputas entre as redes temáticas/ competição nos campos de poder	Governança	02

Fonte: A autora

De forma quantitativa também é possível analisar a existência de aderência entre os construtos do mapa congregado português numa relação percentual de 100%, desconsiderando como elementos de comparação os 3 (três) construtos cabeça e o construto 31. Os construtos cabeça foram desconsiderados porque são resultantes dos demais construtos. O construto 31 foi desconsiderado por se tratar de uma questão do contexto específico português, em decorrência do pertencimento do pais à União Europeia.

Os enfrentamentos brasileiros são simulares na sua totalidade aos construtos das condições socioespaciais para uma vida saudável do mapa congregado e da realidade do país, visto que é possível perceber que "[...] 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 elevada aderência aos enfrentamentos da realidade do país e o mapa congregado português, em relação ao conhecimento, possibilita apontar que o Programa Cidades Saudáveis da OMS pode ser uma orientação para esse alcance.

6 CONCLUSÃO

Considerando as análises dos dados desta pesquisa, o Programa Cidades Saudáveis da Organização Mundial de Saúde pode nortear o Planejamento Urbano para as cidades brasileiras, a despeito da diversidade e heterogeneidade que as constitui. Este programa convida a refletirmos sobre a utopia social e pode favorecer pensar e planejar cidades que propiciem melhores condições de vida para seus habitantes, no Brasil. Alguns talvez argumentem criticamente, se é utopia, logo, não é praticável, mas, como toda utopia, é necessária como estado desejável, talvez o ambiente perfeito do nosso imaginário. Os obstáculos a serem enfrentados sempre existem, porém empreender mudanças para as melhorias das cidades poderia constituir a forma de manifestar a vontade de sonhar com um outro mundo.

Se a proposta das Cidades Saudáveis da OMS vem sendo utilizada com avanços na Europa e, especificamente, em Portugal, seria possível afirmar que é uma utopia realizável. Dessa forma, seria válido argumentar que, se a experiência portuguesa vem apresentando resultados positivos e progressivos, poderia servir de modelo para o Brasil, até mesmo pelo legado cultural transmitido historicamente ao país.

Tendo como referência as experiências portuguesa e brasileira, estudadas nesta pesquisa, é possível apontar que as principais estratégias para favorecer a implementação do Programa Cidades Saudáveis (OMS) no Brasil são: promoção do planejamento urbano orientado ao alcance de uma população saudável; a utilização consciente da saúde como campo norteador e integrador das políticas públicas; a incorporação de metodologias inovadoras de trabalho de forma a atenderem às demandas atuais das cidades; a efetivação da intersetorialidade no campo do planejamento urbano; a implantação de práticas mais eficazes, que favoreçam 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 aos serviços públicos. Essas estratégias devem ser implementadas para que as cidades atinjam níveis elevados de saúde (comprovados por meio de indicadores relativos aos determinantes sociais de saúde) e de sustentabilidade humana, e somente serão efetivadas se houver 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 intersetorias, como a diversidade dos

stkaholders e seus interesses conflitantes, e as dificuldades de realizar trabalhos interdisciplinares, dentre outros obstáculos, retorna-se ao ponto de partida: é preciso planejar a utopia das cidades brasileiras. Nesse retorno se encontra a circularidade e as interações recorrentes inerentes do Planejamento Urbano, como observado nas Teorias da Autopoiese de Maturana e Varela e da Complexidade, de Morin.

Outra forma de observar a circularidade inerente ao planejamento urbano é por meio das relações encontradas entre os *clusters* mapeados neste trabalho, tais como: é possível afirmar que o Brasil não apresenta características que facilitem a adesão aos princípios, objetivos e propostas do Programa Cidades Saudáveis porque possui insuficientes condições socioespaciais para uma vida saudável e desconhecimento sobre a saúde na percepção holística, sendo, assim, incapaz de desenvolver uma governança que atue sobre os determinantes sociais de saúde. Ou, seria possível afirmar que o Brasil não institui uma governança que atue sobre os determinantes sociais de saúde porque não possui condições socioespaciais para uma vida saudável e desconhece a definião holística da saúde. Ou, ainda: visto que no Brasil ainda existe baixo conhecimento sobre a saúde, logo não é possível instituir uma governança que atue sobre os determinantes sociais de saúde e melhore as condições socioespaciais de vida. Conforme as Teorias da Complexidade, de Morin, e Autopoiese, de Maturana e Varela, é impossível discutir o Planejamento Urbano, enquanto fenômeno social, sem considerar a unicidade desta circularidade.

O Planejamento Urbano é um processo que se modifica enquanto se transforma, que se equilibra enquanto se desorganiza, que impulsiona a população a promover mudanças e simultaneamente a deixa perplexa com o enfrentamento cotidiano a ela imposto pela organização das cidades, ao menos no cenário brasileiro. Assim é o ciclo dinâmico do Planejamento Urbano. Não para e nem finaliza, é mutante, não tem uma forma. É processo de elevada complexidade e, mesmo sendo possível modelá-lo parcialmente, por meio de métodos do PSM, é intangível na sua concepção plena. É possível modelá-lo a partir de segmentos, em recortes, em perspectivas históricas, ideológicas ou definidas por outros interesses. As delimitações e fronteiras selecionadas modelam e estruturam um Planejamento Urbano em seu ponto de partida, mas os planejadores e atores envolvidos nesse processo devem ter consciência, objetiva e subjetiva, de que se trata de um projeto cujo final é inconcluso. No campo da subjetividade, a Cidade Saudável para um indivíduo não seria necessariamente saudável para outro, o que torna busca por uma Cidade Saudável um processo contínuo.

Para mudar a lógica do planejamento urbano inserido no *status quo* da globalização neoliberal e do capitalismo global, seria necessário uma nova utopia para o planejamento da

utopia, que consistiria num contra-planejamento visando a mudança do atual *status quo* que tem transformado a possibilidade de autonomia em dependência, da emancipação em opressão e da racionalidade em irracionalidade. O ponto de partida para esse planejamento urbano seria privilegiar, de fato, nas proposições urbanas, a necessidade de melhorar as condições sociais da vida dos habitantes e da população. O planejamento deve ter por objetivo superar uma realidade presente, transforma-la em direção a um futuro projetado. Esta pesquisa sugere que os princípios da Cidade Saudável da OMS constituem a utopia para repensar o Planejamento Urbano.

A proposição de uma utopia para um planejamento utópico considera a sociedade em movimento e conduz o pensamento a movimentar-se, numa abordagem dialética. O passado e o futuro relacionam-se, e o presente é uma passagem para o novo estado que se deseja alcançar, bem como é o lugar onde se cruzam a tradição e a inovação, por meio das relações recorrentes entre os elementos que constituem qualquer fenômeno social, como podem ser caracterizadas as cidades. O presente constitui o lugar do planejamento, pois é a partir de um diagnóstico que se definem ações para alcançar os objetivos para o planejamento de uma cidade que almeja a justiça social. Da mesma forma, as necessidades subjetivas apoiam-se nas condições objetivas, num processo de circularidade interdependente. É a partir do cotidiano, por meio das suas múltiplas manifestações de anti-disciplina, que se promovem as transformações sociais. É no cotidiano que as potencialidades de futuro podem ser encontradas para serem revistas.

O Planejamento Urbano referenciado no Programa Cidades Saudáveis da OMS poderá se constituir na utopia de um sociedade justa, reduzindo a distância entre o que orienta a lei e o que se observa nas cidades brasileiras. A responsabilidade do planejamento das cidades, a despeito das orientações legais de participação social, tem se mantido no poder estatal, influenciado pelo capital privado, num processo que permanece fechado a forças que poderiam desenvolver suas potencialidades, e, pela participação civil, permitir a proposição e experimentação de inovações sociais de combate à exclusão social sistêmica, ou seja, não apenas a exclusão social de bens e serviços, mas aquela em que os indivíduos sequer conhecem seus direitos e obrigações para com a coletividade. A transformação social prometida com a Constituição de 1988 não tem sido promovida pelo Estado, que mantém sua tradição burocrata e formalista de atuação. Para que as transformações sociais ocorram, é necessário a expressão de falas, a abertura do campo de debates para que os agentes sociais construam ações convergentes, um campo que entenda o planejamento como processo, que muda enquanto é realizado.

A proposta das Cidades Saudáveis pode nortear as políticas públicas para a criação de ambientes favoráveis à vida humana nas cidades em longo prazo, garantindo para as próximas gerações um futuro melhor. As diretrizes do programa Cidades Saudáveis podem guiar, orientar os governantes que muitas vezes ocupam cargos de gestores públicos sem propostas claras, 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. Talvez alfabetizar os gestores em saúde, nessa perspectiva ampliada, seja fundamental não só para o campo das políticas sociais, como afirmam os entrevistados da RPMS, mas, igualmente, para o campo do planejamento urbano. Como Ermínia Maricato reitera em suas palestras, ‘o analfabetismo urbanístico’ deve ser enfrentado para conduzir o Brasil a cidades mais justas, o conhecimento ampliado e integrado poderá levar à construção de cidades e populações mais saudáveis.

Para dar continuidade às análises desenvolvidas nesta pesquisa seria necessário dar prosseguimento a 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), que constitui-se como a maior experiência prática de implementação desse Programa no Brasil e contando com iniciativas favoráveis para lidar com os enfrentamentos apontados nesta pesquisa. Certamente há passos em direção a essa utopia no país, em diferentes campo. Trata-se de identificar, integrar e multiplicá-las.

REFERÊNCIA

ACKERMANN, F. Problem structuring methods 'in the Dock': arguing the case for Soft OR**.** **European Journal of Operational Research**, v. 219, n. 3, p. 652-658, 2012.

ACSELRAD, H. Discursos da Sustentabilidade Urbana. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, n. 1, p. 79-89, 1999.

ADRIANO, J. R. *et al.* A construção de Cidades Saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, p. 53-62, 2000.

ALMEIDA, M. C. Complexidade, do casulo à borboleta. In: CASTRO, G.; CARVALHO, E. A E.; ALMEIDA, M. C. **Ensaios de Complexidade**. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2006, p. 21-41.

ANDRADE, L.O.M. **Do surgimento da medicina social ao surgimento da intersetorialidade (s/d)** Disponível em: <http://idisa.org.br/img/File/2%20%20DO%20SURGIMENTO%20DA%20MEDICINA%20SOCIAL%20AO%20SURGIMENTO%20DA%20INTERSETORIALIDADE.pdf>. Acesso em: 09 mar 2018.

ARANTES, O.; VAINER, C.; MARICATO, E **A cidade do pensamento único**: desmanchando conceitos. Petrópolis: Vozes, 2013.

AULP, Associação das Universidades de Língua Portuguesa. C**idades amigas dos estudantes**. 2014. Disponível em: <http://aulp.org/Cidades_Amigas_dos_Estudantes>. Acesso em: 26 out. 2014

BARTON, H; GRANT, M**.** Urban Planning for Healthy Cities. **Journal of Urban Health**, v. 90, Suppl, 1, p. 129–141, 2013.

BAUMAN, Z. **Em Busca da Política**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2000.

BAZOLLI, J. A**. Legislação Urbanística e Ambiental Brasileira**. Dimensiones Jurídicas de las Políticas de Suelo. Lincoln Institute of Land Policy, 2009.

BOURDIEU, P. Social space and the genesis of groups. **Theory and society**, v. 14, n. 6, p. 723-744, 1985.

BRANDÃO, C. A busca da utopia do planejamento regional. **Revista Paranaense de Desenvolvimento**, n. 120, p.11-31, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1998.** 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 19 fev 2018.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 09 mar 2018.

BRASIL. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656.htm>. Acesso em: 09 mar 2018.

BRASIL. Lei nº 10.257, de julho de 2001. Regulamenta os arts. 182 e 183 da Constituição Federal, estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10257.htm>. Acesso em: 09 mar 2018.

BRASIL. Lei nº 13.089, de janeiro de 2015. Institui o Estatuto da Metrópole, altera a Lei no 10.257, de 10 de julho de 2001, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13089.htm>. Acesso em: 09 mar 2018.

BRASIL. **Serviço Nacional de Saúde**. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/>. Acesso em: dia 15 fev. 2018.

BRASIL. **Política nacional de promoção da saúde**. 3. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva,** v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, A. M. *Accountability:* quando poderemos traduzi-la para o português. **Revista de Administração Pública**. RJ, 1990.

CAPELLA, A. C. N. Perspectivas Teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: HOCHMAN, G; ARRETCHE, M.; MARQUES, E**. Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 2007. p. 87-122.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes Sociais na Saúde, na doença e na intervenção. In: Giovanella L.et al. (org) **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

CASTRO, G.; CARVALHO, E. A.; ALMEIDA, M. C. **Ensaios de Complexidade**. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2006.

CHECKLAND, P. B. Soft Systems Methodology. **Human Systems Management**, v. 8, n. 4, p. 273-289, 1989.

CLARKSON, M. A risk based model of stakeholder theory. In: TORONTO CONFERENCE ON STAKEHOLDER THEORY, 2, Toronto. 1994. **Proceedings**…, Toronto, p. 18-19, 1994.

CLEMENTINO, M. do L. M.; ALMEIDA, L. de S. Construção técnico-política de governança metropolitana. **Cad. Metrop**, v. 17. n. 33, p. 201-224, 2015.

COMISSION MUNDIAL DEL MEDIO AMBIENTE Y DEL DESARROLLO, CMMAD. **Nuestro futuro común**. Madrid: CMMAD/ Alianza Editorial, 1987.

CORBSIER, L. **Le Corsier – Planejamento Urbano**. São Paulo: Editora Perspectiva, 2000. Disponível em: <http://www.iar.unicamp.br/lab/luz/ld/Arquitetural/livros/le_corbusier_planejamento_urbano.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2018.

CORDEIRO, F. H. **Identificação de fatores de influência de segurança e saúde do trabalho utilizando o método SODA**. Dissertação (Mestrado Profissional em Produção) – Instituto Tecnológico de Aeronáutica, São José dos Campos, 2016.

DINIZ, E. Governabilidade, Governance e Reforma do Estado: Considerações sobre o Novo Paradigma. **Revista do Serviço Público**, v. 120, n. 2, 1996.

EDEN, C. Cognitive Mapping**. European Journal of Operational Research**, v. 36, p. 1-13, 1998.

EDEN, C. Analyzing cognitive maps to help structure issues or problems. **European Journal of Operational Research**, v. 159, n. 3, p. 673-686, 2004.

EDEN, C.; ACKERMANN, F. **Strategy making**: The journey of strategic management. London: Sage, 1998.

ELIAS, N. Sociologia do Conhecimento: Novas Perspectivas. **Revista Sociedade e Estado**, v. 23, n. 3, p. 515-554, 2008.

ENSSLIN, L.; MONTIBELLER, G.; NORONHA, S. **Apoio à decisão**: metodologia para estruturação de problemas e avaliação multicritério de alternativas. Florianópolis: Insular, 2001.

FERRÃO, P.; FERNÁNDEZ, J. E. **Sustainable urban metabolismo.** MIT Press, 2013. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?hl=en&lr=&id=-TyTAAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT6&dq=info:tevUvpv1LB4J:scholar.google.com&ots=q0Vd10PDF6&sig=WWRutTwsSDGbL3_SncC2JlCEx9o&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false>. Acesso em: 27 jul.2017.

FILKEMAN, J. **Caminhos da Saúde Pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

FREIRE, M. S. M. et al. Mapeando iniciativas territoriais saudáveis, suas características e evidências de efetividade. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1757-1766, 2016.

FREITAG, B. **Teorias da cidade.** Campinas: Papirus Editora, 2012.

FREY, K. Abordagens de governança em áreas metropolitanas da América Latina: avanços e entraves. **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, v. 4, n. 1, p. 87-102, 2012.

FRIDMAN, F. Urbanismo na Era Vargas: A transformação das cidades brasileiras. **Revista Estudos Urbanos e Regionais** v. 15, n 2. 2013.

FRIEND, J. New directions in software for strategic choice. **European Journal of Operational Research**. v. 61, p. 154-164, 1992.

FRISCHTAK, L. Governança, Governabilidade e Reforma. In: VELLOSO, J. **Governabilidade, Sistema Político e Violência Urbana**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1994, p. 161-168.

GADELHA, C. A. G. et al. Nota Técnica Saúde do Estudo da Dimensão Territorial do PPA promovido pelo Centro de Gestão e Estudos Estratégicos (CGEE) e pelo Ministério do Planejamento. **Saúde e Desenvolvimento**: uma perspectiva territorial, 2006.

GEORGIOU, I. Cognitive mapping and strategic options development and analysis (SODA). In: **WILEY Encyclopedia of Operations Research and Management Science**: John Wiley e Sons. 2010.

GEROMETA, J.; HAUSSERMANN, H.; LONGO, G. Social Innovation and Civil Society in Urban Governance: Strategies for an Inclusive City. **Urban Studies**, v. 42, n. 11, p. 2007–2021, 2005.

GERSCHMAN, S. Fórum: o desafio SUS: 20 anos do Sistema Único de Saúde. Posfácio. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 7, p. 1634-1636, 2009.

GIATTI, L. *et al.* Manaus: uma análise ecossistêmica por meio de indicadores de sustentabilidade ambiental e de saúde. In: SILVEIRA, C.; FERNANDES, T.; PELLEGRINI, B. **Cidades Saudáveis?** Alguns olhares sobre o tema. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 135-164.

GOMES, B.; BASTOS, S.; FERES, F. **Espaços Urbanos Saudáveis e os Determinantes de Sociais Saúde (DSS)**, 2014. Disponível em: <http://www.ufjf.br/encontroeconomiaaplicada/files/2014/05/ESPA%C3%87OS-URBANOS-SAUD%C3%81VEIS-E-OS-DETERMINANTES.pdf>. Acesso em: 19 jun.2016.

GREENPEACE BRASIL. **Greenpeace apresenta em Boituva programa** 'Cidades Amigas da Amazônia', 2013. Disponível em: <http://www.greenpeace.org/brasil/pt/Noticias/greenpeace-apresenta-em-boituv/>. Acesso em: 28 out. 2014

GUNN, P. O. M. A ascenção dos engenheiros e seus diálogos e confrontos com os médicos no urbanismo sanitário em São Paulo . **Anais** . Salvador: [s.n.], 2002.

HALL, P. **Cidades do Amanhã**: uma história intelectual do planejamento e do projeto urbanos no século XX. São Paulo: Perspectiva, 2013.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 1992.

HART, J. Cognitive Maps of Three Latin American Policy Makers. **World Politics**, v. 30, n. 1, p. 115-140, 1997.

HOCHMAN, G. Logo ali, no final da avenida: *Os sertões* redefinidos pelo movimento sanitarista da Primeira República**. Hist. cienc. Saúde,** v. 5, supl. 0, 1998.

HOLANDA, S. B. **Raízes do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
ICHIHARA, R. C. de S. **Estruturação da Problemática de Sustentabilidade Financeira dos Laboratórios Metrológicos do SENAI-CTGAS-ER**. 2015. Dissertação (Mestrado Profissional) - Instituto Tecnológico de Aeronáutica, São José dos Campos, 2015.

KELLY, G. A. **Psychology of personal constructs**: a theory of personality. New York: Norton, 1955.

KOGA, D. **Medidas de Cidades:** entre territórios de vida e territórios vividos. São Paulo: Cortez, 2011.

LACERDA, N. O campo do planejamento urbano e regional – da multidisciplinaridade à transdisciplinaridade. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, v. 15, n. 1,p. 77-93, 2013.

LEEUW, E. Do Healthy Cities Work? A Logic of Method for Assessing Impact and Outcome of Healthy Cities. **Journal of Urban Health** [1099-3460], v: 89, n. 2, p. 217-231, 2012.

LEFEBVRE, H. **O Direito à Cidade**. São Paulo: Editora Documentos Ltda., 1969.

LEITE, C. **Cidades Sustentáveis, Cidades Inteligentes:** desenvolvimento sustentável num planeta urbano. Porto Alegre: Bookman, 2012.

LIMA, N. T.; HOCHMAN, G. Condenado pela ração, absolvido pela medicina: o Brasil descoberto pelo movimento sanitarista da primeira república. In: MAIO, M. C e SANTOS, R. V. **Raça, Ciência e Sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, CCBB, 1996.

MANSO, D. Et al. Estruturação do problema de gerenciamento de desastres do estado de São Paulo por intermédio do método Strategic Options Development and Analysis. **Gestão e Produção**, v. 22, n. 1, p. 4-16, 2015.

MARICATO, E. As ideias fora do lugar e o lugar fora das ideias. In: ARANTES, O.; VERNER, C.; MARICATO, E.: **A cidade do pensamento único**: desmanchando conceitos. Petrópolis: Editora Vozes, 2013, p.121-192.

MARTINS, M. F.; CÂNDIDO, G. A. (2015). Modelo de avaliação do nível de sustentabilidade urbana: proposta para as cidades brasileiras**. Urbe, Rev. Bras. Gest. Urbana** v. 7, n. 3, 2015

MATURANA, H. **A Ontologia da Realidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1997.

MATURANA, H.; DÁVILA, X. **Habitar Humano:** em seis ensaios de biologia-cultural. São Paulo: Palas Athena, 2009.

MATURANA, H.; VARELA, F.G. **De Máquinas e seres vivos**. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MATURANA, H.; VARELA, F.G. **A Árvore do Conhecimento**. Campinas/SP: Workshopsy, 1995.

MENDES, R. **Cidades Saudáveis no Brasil e os Processos participativos:** os casos de Jundiaí e Maceió. São Paulo, 2000. Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

MENDES, R. B. C. M.; AKERMAN, M. Agendas urbanas intersetoriais em quatro cidades de São Paulo. **Saúde Soc**. v. 13, n. 1,2004.

MINGERS, J. Soft OR comes of age but not everywhere! **Omega**, v. 39, n. 6, p. 729-741, 2011 .

MINGERS, J.; ROSENHEAD, J. Problem structuring methods in action. **European Journal of Operational Research**, v. 152, n. 3, 2004 p. 530-554, 2004.

MORIN, E. **O Problema Epistemológico da Complexidade**. Portugal: Europa-América, 1996.

MORIN, E. Complexidade e ética da solidariedade. In: CASTRO, G.; CARVALHO, E. A.; ALMEIDA, M. C. Ensaios de Complexidade. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2006, p. 11-20.

MORIN, E. **Os 7 saberes necessários para o século XXI**. São Paulo: Cortez: 2013.

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulinas, 2015.

MORIN, E. **O Método 1**:– a natureza da natureza**.** Porto Alegre: Sulinas, 2016.

MOIGNE, J. A inteligência da complexidade. In: PENA-VEGA, A.;NASCIMENTO, E. **O pensar complexo**: Edgar Morin e a crise da modernidade. Rio de Janeiro, 1999. p. 47-88.

NAÇÕES UNIDAS - **Relatório de Governança e Desenvolvimento**. 2015. Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/Think%20Pieces/7_governance.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2017.

OPAS. Relatório "**La Experiencia de OPS/OMS em America Latina con los Municipios Saludables"**. 1995. Disponível em: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/residuos/restrep.pdf>. Acesso em: 08.ago.2016.

OPAS. **El Movimiento de Municipios Saludables**: una Estrategia para la Promoción de la Salud en América Latina. Whashington, D.C: OPS/OMS, 1996.

OMS. Relatório "**Veinte passos para desarrolar um proyecto ciudades saludables".** 2. ed. Oficina Nacional para a Europa, 1995. Disponível em: <http://www.redconsalud.info/img/cnt/File/Otros%20documentos/PASOS%20PROYECTO%20CIUDAD%20SALUDABLE.pdf>. Acesso em: 08 ago. 2016.

PAIM, J. et al. J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Saúde no Brasil 1**, 2011. Disponível em: <http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf>. Acesso em: 09 mar 2018.

PEREIRA, B. **Desenvolvimento, progresso e crescimento econômico**.São Paulo: Escola de Economia de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, 2014.

PORTUGALI, J. Self Organizing cities. **Futures**, v. 29, n 4–5, p. 353-380, 1997.

PORTUGAL. CONGRESSO CONSTITUCIONAL, 21. Disponível em: <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc21>. Acesso em: 26 abr. 2018.,

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, PNUD. **Agenda 21 brasileira**: bases para discussão. Brasília: Ministério do Meio Ambiente/ PNUD, 2000.

RANDOLPH, R. A utopia do planejamento e planejamento da utopia: o longo caminho de um contra-planejamento até o alcance da justiça social. In: COLOQUIO INTERNACIONAL DE GEOCRÍTICA LAS UTOPIAS Y LA CONSTRUCCIÓN DE LA SOCIEDAD DEL FUTURO, 14. Barcelona. 2016. **Anais...**, Barcelona, 2016.

REDE PORTUGUESA DE MUNICÍPIOS SAUDÁVEIS. 2018. Dispponível em: <http://redemunicipiossaudaveis.com/index.php/pt>. Acesso em: 10 jan. 2018.

REIS, F. W. Governabilidade e instituições políticas. In: in VELLOSO, J. **Governabilidade, Sistema Político e Violência Urbana.** Rio de Janeiro: José Olympio, 1994. p. 193-201.

RIBEIRO, L. C. Q.; SANTOS JÚNIOR, O. A.; RODRIGUES, J. M. **Estatuto da metrópole**: o que esperar? Avanços, limites e desafios, 2015. Disponível em: <http://wp.clicrbs.com.br/ambienteurbano/2015/04/14/estatuto-da-metropole-avancos-limites-e-desafios/?topo=98,2,18,,,15>. Acesso em: 27 nov. 2017.

RIEG, D. L.; ARAÚJO FILHO, T. Mapas cognitivos como ferramenta de estruturação e resolução de problemas: o caso da Pró-Reitoria de Extensão da UFSCAR. **Revista Gestão e Produção**, v. 10, n. 2, p. 145-162. 2003.

ROCHA, A. Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p.63-81, 2000.

RODRIGUES, J. R., TAJRA, S. F; BELLINI, A. B. Innovative Strategies in the Public Administration: Report of the Experience at the School of Dentistry (Institute of Science and Technology) - Universidade Estadual Paulista “Julio de Mesquita Fillho” – UNESP, Campus of São José dos Campos. **Revista Brazilian Dental Science**. v. 17, n. 2, 2014.

ROLNIK, R. **O que é cidade**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 2003.

ROSENHEAD, J. Past, present and future of problem structuring methods. **Journal of the Operational Research Society**, v. 57, n. 7, p. 759-765, 2006.

ROSSA, W. Fomos condenados à cidade. In SANTANA, P. **A cidade e a saúde.** Coimbra: Edições Almedina, 2007.

SACHS, I. **Desenvolvimento**: includente, sustentável e sustentado. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

SACHS, I. **Caminhos para o desenvolvimento sustentável**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

SÁNCHEZ, F. A reinvenção das cidades na virada de século: agentes, estratégias e escalas de ação política. **Rev. Sociol. Polít.**, n. 16, p. 31-49, 2001.

SANTANA, P. **A cidade e a saúde**. Coimbra: Edições Almedina, 2007.

SANTANA, P. **Introdução à Geografia da Saúde:** Território, Saúde e Bem-Estar. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2014.

SANTOS, M. H. C. Governabilidade, Governança e Democracia: Criação da Capacidade Governativa e Relações Executivo-Legislativo no Brasil Pós-Constituinte. **Dados**, v. 40, n. 3, p. 335-376, 1997.

SEN, A. **O desenvolvimento como liberdade.** São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

SENNETT, R. **Carne e pedra:** O corpo e a cidade na civilização ocidental. Rio de Janeiro: BestBolso, 2008.

SETTI, A. F. F.; GALLO, E. Promoção da saúde e desenvolvimento sustentável: proposta de matriz de avaliação qualitativa de projetos locais. **Revista Saúde em Debate**, v. 33, b. 83, p. 407-419. 2009.

SILVA, J. M. Em busca da complexidade esquecida. In: CASTRO, G.; CARVALHO, E. A. E.; ALMEIDA, M. C. **Ensaios de Complexidade**. 4. ed. Porto Alegre: Sulina, 2006. p. 93-102.

SIMÕES, J. M. Construindo a cidade saudável In: SANTANA, P. **A cidade e a saúde**. Coimbra: Edições Almedina, 2007. p. 39-48.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PESQUISA OPERACIONAL (SOBRAPO). **Pesquisa Operacional**. Disponível em: <http://www.sobrapo.org.br>. Acesso EM: 18 dez. 2017.

SPERANDIO, A. M. G. et al. Caminho para a construção coletiva de ambientes Saudáveis – São Paulo, Brasil. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 9, n.3, p. 643-654. 2004.

UNITED NATIONS. **Sustainable development goals**. New York, 2015. Disponível em: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/> Acesso em: nov. 2017.

UN, **Governance and development**. 2015. Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/Think%20Pieces/7_governance.pdf.>. Acesso em: 13 ago. 2017.

UN-DESA. Development policy and analysis division: towards sustainable cities, Chapter III of the 2013 World Economic and Social Survey, Sustainable Development Challenges. 2013. Disponível em: <http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_current/wess2013/Chapter3.pdf> . Acesso em: 06 maio 2015.

VAINER, C. Pátria, empresa e mercadoria. Notas sobre a estratégia discursiva do Planejamento Estratégico Urbano. In: ARANTES, O; VERNER, C; MARICATO, E. **A cidade do pensamento único**: desmanchando conceitos. Petrópolis: Editora Vozes, 2013, p.121-192.

VIANNA, P. V.; TAJRA, S. **Healthy and sustainable cities**: the communication of an identity and its implications for the city taken as body and as field. Artigo apresentado na Conferência New Visions for Urban Life-ISUF Rome 2015-Conference. 2015. Disponível em <http://www.urbanform.it/city-as-organism-isuf-rome-2015/>. Acesso em: 27 Jul. 2016.

VILLAÇA, F. Dilemas do Plano Diretor. In: **O Município do Século XXI**: Cenários e Perspectivas. São Paulo: Fundação Prefeito Faria Lima – CEPAM, 1999.

WANG, W.; LIU, W.; MINGERS, J. A Systemic Method for Organisational Stakeholder Identification and Analysis Using Soft Systems Methodology (SSM), **European Journal of Operational Research**, v. 246, n. 2, p. 562-574, 2015.

WESTPHAL, M.. F. O. Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 5, n. 1, p. 39-51, 2000.

WESTPHAL, M.. F.; OLIVEIRA, S. C. Cidades Saudáveis: uma forma de abordagem ou uma estratégia de saúde urbana? **Revista USP**, n. 107, p. 91 -102, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Carta de Ottawa. In: Ministério da Saúde/ Fiocruz. **Promoção da Saúde**: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministérios da Saúde/ IEC, 1986

WORLD HEALTH ORGANIZATION. N**ational Healthy Cities Network in the WHO European Region.** 2015. Disponível em: <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>. Acesso em: 15 ago 2015.

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Título do Projeto: Incorporação de inovações sociais e tecnológicas para otimização do metabolismo urbano: uma avaliação da Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis
Pesquisador Responsável: Sanmya Feitosa Tajra, RG. 39.603.241-2, CPF: 274.684.293-91
Equipe executora: Sanmya Feitosa Tajra e Paula Vilhena Carnevale Vianna
Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: UNIVAP - Av. Shishima Hifumi, 2911 - Urbanova, São José dos Campos - SP, 12244-000. Telefone: 3947.1121. E-mail: ipd@univap.br.

Convidamos o Sr/a a participar do projeto de pesquisa "Incorporação de inovações sociais e tecnológicas para otimização do metabolismo urbano: uma avaliação da Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis", de responsabilidade da aluna de doutorado Sanmya Feitosa Tajra e da Prof. Dra. Paula Carnevale Vianna, da Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade do Vale do Paraíba (Univap, São José dos Campos).

O objetivo desta pesquisa é investigar a incorporação de inovações tecnológicas e sociais no sistema urbano das Cidades participantes da Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis e seu impacto no metabolismo urbano dessas Cidades, bem como identificar mecanismos de governança que facilitaram a implementação da proposta de Cidades saudáveis na Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis. Sua participação é voluntária, você não receberá pagamento nem terá qualquer tipo de despesa com a pesquisa, e terá plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como encerrar sua participação a qualquer momento. A sua contribuição consistirá em participar de uma entrevista conforme descrito em anexo, a qual será gravada. Essa entrevista foi desenvolvida pela equipe executora. Os resultados obtidos serão submetidos à análise qualitativa e quantitativa, sendo as informações coletadas mantidas em arquivos para acesso somente pela equipe de pesquisa, e ao seu final do trabalho, serão guardadas por pelo menos 5 anos, conforme Resolução CNS 466/12. Os benefícios relacionados com a sua colaboração nesta pesquisa serão, de âmbito individual: refletir sobre os enfrentamentos para o planejamento urbano de uma cidade saudável, além da oportunidade de trocas de experiências. Os principais riscos percebidos com esta pesquisa são a quebra de sigilo, confidencialidade e danos morais.

Você pode se recusar a responder a qualquer questão que lhe ofereça constrangimento e/ou desconforto e poderá, a qualquer momento, desistir de participar. Sua colaboração será anônima, isto é, seu nome não será revelado em nenhum momento, e o material produzido na pesquisa será armazenado em local seguro, garantindo seu sigilo e privacidade. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito pelos meios dos contatos que constam neste Termo.

Para mais esclarecimentos contatar a pesquisadora responsávelm Sanmya Feitosa Tajram por e-mail: sanmya@tajratecnologias.com.br ou telefone: (12) 39471124.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Paraíba - Univap, telefone (12) 3947-1111, Av. Shishima Hifumi, 2911, Urbanova, bloco 11 - Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento II, sala 19 CEP aprovou o protocolo de pesquisa, sendo corresponsável por garantir e zelar pelos direitos do participante da pesquisa.

Eu, _____ estou ciente e de acordo com a pesquisa supra citada e participo de forma voluntária como entrevistado (a).

Cidade: _____ Data: ____/____/ ____

Esse termo de consentimento será emitido em duas vias, sendo assinadas pelo entrevistado e pelo pesquisador

_____	_____
Nome e Assinatura da pessoa	Nome e Assinatura do responsável pelo consentimento
_____	_____
Testemunha	Testemunha

ANEXO II

ENTREVISTA – AGENTES DAS CIDADES SAUDÁVEIS QUE COMPÕEM A REDE PORTUGUESA DE CIDADES SAUDÁVEIS

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

NOME DO ENTREVISTADO:

CIDADE: DATA:

LOCAL DA ENTREVISTA: HORÁRIO:

CARGO DA ATIVIDADE PROFISSIONAL:

CARGO NA REDE:

TEMPO QUE ATUA NA REDE:

VÍNCULO/ PARTIDO POLÍTICO:

VÍNCULO/INSTITUIÇÃO DE ENSINO-PESQUISA:

QUESTÕES

1. O que **motivou** a sua cidade a participar da Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis?

2. Em sua opinião, quais são os **principais elementos que caracterizam** a Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis?

3. Em sua opinião, o que **favoreceu a implantação** da Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis na sua cidade?

4. Em sua opinião, quais são os **principais desafios para a implantação na sua cidade**?

5. Em sua opinião, quais são os **principais desafios para a sua manutenção e ampliação na sua cidade**?

6. Em sua opinião, quais são os **ganhos da população** da sua cidade com a Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis?

7. Em sua opinião, quais são os **principais atores** para que esse projeto tenha efetividade?

8. Como a sua cidade **monitora os resultados** das ações desenvolvidas por este programa? Existem indicadores? Quais são?

9. Em sua opinião, por que **outras cidades ainda não aderiram** ao programa da Rede Portuguesa de Cidades Saudáveis?

10. Em sua opinião, qual o resultado geral deste programa?
( ) acima do esperado ( ) dentro do esperado ( ) abaixo do esperado

11. O(a) senhor(a) recomendaria o programa para outras cidades?
( ) Sim ( ) Não