

CIDADES SAUDÁVEIS: BRASIL E PORTUGAL, CAMINHOS QUE SE ASSEMELHAM E SE DISTINGUEM

Sanmya Feitosa Tajra¹
Paula Carnevale Vianna²

Resumo

Este artigo é um recorte da pesquisa de doutoramento “Cidades Saudáveis: utopia ou caminho para o Planejamento Urbano em cenários de crescente complexidade” e visa a analisar a proposta ‘Cidades Saudáveis’, da Organização Mundial de Saúde, como aproximação dos campos interdisciplinares e complexos do Planejamento Urbano e da Saúde Coletiva de modo crítico, reflexivo e propositivo a partir da experiência de implementação dessa iniciativa no Brasil e em Portugal. São apresentadas as principais características dos sistemas de saúde dos dois países, os principais enfrentamentos para a implantação na experiência de mais de 20 anos da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis e as vivências brasileiras de implantação do programa. A análise deu-se por meio do mapa cognitivo *Strategic Options Development and Analysis - SODA*, que modelou o problema e foi construído a partir de entrevistas com *stakeholders* portugueses envolvidos com a experiência lusitana. As vivências brasileiras foram analisadas a partir de artigos científicos de análise crítica e situadas em relação ao mapa construído para o cenário português. O estudo mostrou existir elevada similaridade entre os enfrentamentos para a implantação da proposta nas experiências brasileiras e as vivenciadas em Portugal, apesar das acentuadas diferenças entre os dois países e dos avanços lusitanos em relação aos *clusters* analisados: governança, conhecimento e acesso às condições socioambientais para uma vida saudável.

Palavras-chave: Planejamento Urbano. Cidades Saudáveis. SODA. Portugal. Brasil.

HEALTHY CITIES: BRAZIL AND PORTUGAL, WAYS TO BE SEEN AND DISTINGUISHED

Abstract

This paper article shows a partial result of the doctoral research "Healthy Cities (HC): Utopia or Road to Urban Planning in Increasingly Complex Scenarios" and aims to analyze the World Health Organization's 'Healthy Cities' proposal as an approach of the interdisciplinary of the Urban Planning and Collective Health in a critical and reflexive way, based on the experience of implementing this initiative in Brazil and Portugal. The main aspects of the health systems of these two countries are presented here. Also, the main **challenges** for the implementation in the experience of more than 20 years of the Portuguese Network of Healthy Municipalities and the Brazilian experience of implementing the program. The analysis was based on the cognitive map *Strategic Options Development and Analysis (SODA)*, which patterned the problem and was constructed from interviews with Portuguese stakeholders involved with HC. The Brazilian experiences were analyzed from scientific papers. After all the analysis, it was possible to make the relationships between Brazilian Scenario for HC with the Portuguese scenario, using the

Recebimento: 24/4/2018 • Aceite: 28/5/2018

¹ Doutoranda em Planejamento Urbano e Regional (UNIVAP). Docente do Instituto Nacional de Pós-graduação (INPG), São José dos Campos – SP, Brasil. E-mail: sanmya@tajratecnologias.com.br

² Doutora em Medicina Preventiva (Universidade de São Paulo). Docente da Universidade do Vale do Paraíba, São José dos Campos – SP, Brasil. E-mail: paulacarnevale@uol.com.br

constructed map. Five clusters were developed to help the analysis: governance, knowledge and access to socio-environmental conditions for a healthy life. The study showed a high similarity of the challenges for the implementation of the proposal in the Brazilian experiences and those which were experienced in Portugal, despite the marked differences between them and the Lusitanian advances in relation to the analyzed clusters.

Keywords: Urban Planning. Healthy Cities. SODA. Portugal. Brazil.

Introdução

A proposição das Cidades Saudáveis (OMS, 1995), em âmbito mundial, foi inserida na política de promoção da saúde da Organização Mundial de Saúde, tendo como referência a Carta de Ottawa (WHO, 1986), a Agenda 21 (PNUD, 2000) e o conceito de Determinantes Sociais de Saúde (BUSS e PELLEGRINI, 2007). A visão holística da cidade e da saúde situa o Programa Cidades Saudáveis como uma proposta de integração entre a Saúde Coletiva e o Planejamento Urbano, permeando as questões ambientais e os fatores sociais.

A Carta de Ottawa (WHO, 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 à paz, educação, moradia, alimentação, a um ecossistema estável e a um ambiente de recursos sustentáveis, equânime e socialmente justo. De acordo com essa carta (WHO, 1986), a saúde é resultado de um processo de produção social que envolve quatro campos: os processos biológicos, ecológicos, culturais e econômico-sociais

Esse conceito expressa a complexidade do termo saúde, compreendido não como um fim em si mesmo, mas como processo resultante da relação de variáveis simultaneamente distintas e interdependentes. Segundo a Carta de Ottawa (WHO, 1986), além dos processos biológicos, os elementos dos campos ecológico, cultural e econômico-social configuram-se como pré-requisitos da saúde e, conseqüentemente, da adequada qualidade de vida e bem-estar. A saúde 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 (OMS, 1995).

Coerente com essa concepção ampliada, a Carta de Ottawa (WHO, 1986) declara que a saúde de uma população, como política pública, não é atribuição ou resultado de um setor ou segmento específico, ou, ainda, responsabilidade exclusiva governamental. Deve, por princípio, ser fruto da articulação coordenada de vários atores: organizações não governamentais; empresas; autoridades técnicas, políticas e científicas; profissionais da área da saúde e do urbanismo; as pessoas em geral e suas famílias. Nessa perspectiva, a saúde deve compor as agendas dos decisores políticos, organizada em proposta de ações de promoção da saúde. Promoção da saúde, por sua vez, é definida como um conjunto de ações que constroem um ambiente favorável para que as pessoas possam desenvolver ao máximo as suas potencialidades, o que demanda o controle dos fatores que determinam a condição social de vida (Gadelha et al., 2006).

Acredita-se que a identificação e o esclarecimento 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 adequada qualidade de vida e bem-estar. Os agentes públicos e privados devem ter ciência de que o alcance do bem-estar vai além da oferta de serviços e equipamentos de saúde, pois demanda integração multidisciplinar e multisetorial.

Entretanto, a visão reducionista da saúde, com ênfase no campo biológico, prevalece sobre a visão holística e ampliada dos teóricos da medicina social, que criam, em 1948, a OMS, o que gera constante tensão e disputa dentro do próprio campo da saúde e desse com outras áreas, como o planejamento urbano. Desde sua constituição, a OMS vem estimulando discussões em âmbito internacional para que a saúde seja percebida para além do enfoque dirigido às doenças, que entende como “[...] resultantes de uma má adaptação dos organismos aos fatores ambientais” (SANTANA, 2014, p. 22). Com esse entendimento, é possível perceber a interdependência entre os campos da Saúde e do Planejamento Urbano.

Somente na década de 1990, a partir dos debates mundiais sobre as Metas do Milênio, as discussões retomam a ênfase nos fatores sociais de saúde, e em 2005 é criada a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS (BUSS e PELLEGRINI, 2007). 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), a serem adotados pelos estados membros das Nações Unidas (UNICEF, 2017). Dentre as oito metas estabelecidas incluem-se a garantia da sustentabilidade ambiental e o estabelecimento de uma parceria mundial para o desenvolvimento (UNICEF, 2017).

Diante desses movimentos, percebe-se que alterações nas normas culturais que influenciam a saúde dos indivíduos são as possibilitadas por ações coletivas. Essas ações incluem políticas públicas que favoreçam mudanças de comportamento promotoras da vida saudável e que estimulem relações de solidariedade e confiança entre as pessoas, políticas essas de natureza intersetorial e operadas por equipe multiprofissional. Para Buss e Pellegrini (2007), as políticas públicas também devem orientar as diretrizes macroeconômicas e de mercado de trabalho, de proteção ambiental e de promoção de uma cultura da paz. Nessa perspectiva, o desenvolvimento das cidades está diretamente associado à saúde dos que nelas habitam.

O Programa Cidades Saudáveis da OMS propõe-se a direcionar as políticas públicas, orientando a implementação, em âmbito municipal, de diretrizes que atuem sobre os determinantes sociais da saúde, visando ao alcance de adequada qualidade de vida e bem-estar para a população. O Programa pode ser entendido como uma orientação para o Planejamento Urbano das cidades complexas do século XXI.

Nesta pesquisa, buscou-se conhecer e estruturar os principais enfrentamentos para a implementação do Programa Cidades Saudáveis (PMS) em municípios portugueses, integrantes da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis, e aplicar esse quadro estruturado para analisar o cenário brasileiro. A análise crítica e reflexiva visa contribuir com os estudos que defendem a proposição do 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 saudáveis.

O artigo está dividido em cinco seções: a primeira delas fornece um breve panorama sobre os sistemas de saúde no Brasil e Portugal; a segunda apresenta percursos de implantação do Programa Cidades Saudáveis nos dois países; detalha-se, na terceira seção, a metodologia; em seguida são apresentados e discutidos os resultados; e, por último, as considerações finais.

O Sistema Nacional de Saúde: Brasil e Portugal

Da mesma maneira que o Brasil, Portugal lidou de diferentes formas com as questões da saúde que emergiram a cada época, influenciadas pelos acontecimentos políticos, econômicos, sociais e de cada período histórico.

Os principais marcos identificados no Sistema de Saúde do Brasil em relação ao objetivo desta pesquisa devem ser considerados. Dentre eles, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, como estabelecido na carta magna de 1988, regido pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade, e com forte atuação do setor privado, em especial das Santas Casas de Misericórdias e de hospitais com e sem fins lucrativos. Em meados da década de 1990, acrescentam-se organizações sociais que passam, não somente a ofertar serviços, como também a gerir os equipamentos públicos. Essas características conformam um sistema de natureza efetivamente dual, que combina o Estado, como maior comprador de serviços, a um dinâmico segmento de saúde suplementar, ofertada a 30% da população do Brasil, com índices mais elevados em algumas regiões. A política é direcionada pelo governo federal, porém preserva a autonomia financeira e de gestão dos estados e municípios. O Ministério da Saúde orienta programas de promoção de saúde, porém prevalecem as ações curativas. As informações e indicadores sobre o sistema e as ações de saúde estão disponíveis à população na base de dados do DATASUS e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (PAIM *et al.*, 2011).

Quanto à realidade lusitana, identificam-se como principais marcos no Sistema de Saúde de Portugal, em relação aos objetivos desta pesquisa: a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS), orientado pela Constituição de 1976 e regido pelos princípios da universalidade, generalidade e gratuidade dos cuidados de saúde; significativa atuação das Santas Casas de Misericórdias; as ações do SNS são direcionadas pelo governo central e há pouca autonomia para os municípios, apesar de haver administrações regionais e locais; o Estado é o maior comprador de serviços, e desde a década de 1990 há aumento no financiamento dos serviços por meio de seguradoras; alguns serviços hospitalares públicos são geridos por organizações privadas; prevalecem as ações

curativas em detrimento de ações de promoção de saúde; o acesso da população e dos gestores públicos às informações e aos indicadores de saúde não é direto (Santana, 2014).

As semelhanças entre os dois sistemas estão na origem do SUS, construído a partir da experiência europeia dos sistemas de seguridade social e na condição brasileira de colônia de Portugal, que trouxe ao país a organização filantrópica das Santas Casas. No entanto, as diferenças demográficas, econômicas e sociais entre os dois países repercutem diretamente sobre as possibilidades de saúde das populações (Quadro 1).

Quadro 1: Indicadores políticos, econômicos, demográficos e sociais selecionados para a compreensão do cenário de saúde de Portugal e Brasil

Elemento	Portugal	Brasil
Data da fundação do país	1143	1500
População	10.309.573 habitantes (2016)	207,7 milhões (2017)
Território	92.152 Km ² , dividida em 18 distritos no continente e 2 regiões autônomas (Madeira e Açores), totalizando 159 cidades, 581 vilas e 3.092 freguesias	8.515.759,090 km ² , dividida em 26 estados e um Distrito Federal, 5.570 municípios
Densidade demográfica	111,87 hab/ km ²	22,43 hab/km ²
Regime político vigente	Democracia (1974)	Democracia (1985)
Constituição vigente	Promulgada em 1976	Promulgada em 1988
Renda per capita	17.905 euros (2016)	R\$ 1.268,00 (2017)
Taxa de desemprego (%)	8,8 % (dez/2017)	12,7% (2017)
Esperança de vida ao nascer (em anos; 2015)	81	72,08
Taxa de mortalidade infantil (óbitos por mil nascidos vivos)	3,2 (2016)	19 (2017)

Fontes: IBGE (2017), INE (2017).

A observação dos macros indicadores selecionados demonstra as acentuadas diferenças nas dimensões territorial, demográfica, econômica e política dos dois países. Essas diferenças podem influir sobre os indicadores de saúde selecionados (expectativa de vida e mortalidade infantil) (Quadro 1). Os sistemas democráticos do Brasil e Portugal são recentes, e a instituição de sistemas nacionais de saúde universais foi influenciada pelo cenário político e econômico, não apenas local, mas também global. No caso de Portugal, sua inclusão na União Europeia, em 1986, trouxe para a agenda política o conjunto das diretivas desse acordo transnacional, que requer um conjunto de realizações para atender às expectativas acordadas entre os países membros, num processo que afeta as condições de vida da população. A partir da identificação desses macroindicadores é possível inferir que as estratégias de implementação do Programa Cidades Saudáveis (OMS), bem como os resultados obtidos, devam ser afetadas pelas diferenças territoriais, políticas e socioeconômicas dos municípios que decidem adotar o programa.

Os percursos do Programa Cidades Saudáveis (OMS): Portugal e Brasil

Na Europa, o Programa Cidades Saudáveis é desenvolvido em mais de 1.200 cidades em 30 países, organizado por meio de redes nacionais em cada um dos países participantes (WESTPHAL e OLIVEIRA, 2015). Em Portugal, esse programa foi implementado por meio das ações estruturadas da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis, instituída em 1997 e que contava, até agosto de 2017, com 45 municípios participantes. Essa Rede influencia as políticas públicas nacionais e integra a Rede das Redes das Cidades Saudáveis na Europa.

A Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis é uma associação de direito público e 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 dessa Rede têm como missão instituir a promoção da saúde como diretriz prioritária nas agendas dos decisores políticos. A adesão dos municípios é voluntária e, uma vez aceita a participação, cada um deles contribui financeiramente para a manutenção da Rede, com o pagamento de uma contribuição, calculada sobre a arrecadação oriunda do governo

central para o município. Cabe também a cada município desenvolver e executar um Plano de Atividades, aprovado pelo Conselho da Associação da Rede Portuguesa (RPMS, 2018). O planejamento das atividades da Rede é alinhado às diretrizes da OMS, conforme cada fase do Programa de Cidades Saudáveis, porém cada município promove adequações à sua realidade e necessidades, não existindo uma ação única e padronizada para todos os municípios (RPMS, 2018).

No Brasil, algumas iniciativas foram realizadas com o intuito de aproximar a promoção da saúde das propostas dirigidas ao ambiente de vida nos municípios a partir da constituição de Redes. Dentre elas, destacam-se: a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis, a Rede de Comunidades Saudáveis no Rio de Janeiro, a Rede Pernambucana de Municípios Saudáveis, a Rede de Ambientes Saudáveis de Curitiba e a Rede Brasileira de Habitação Saudável – Fiocruz e Rede Amazônica de Habitação Saudável (SILVEIRA, FERNANDES e PELLEGRINI, 2014).

Essas iniciativas brasileiras se originaram de motivações acadêmicas, ambientais, sociais e governamentais, 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 participação e fomento de atores relevantes no campo acadêmico, social ou político da saúde, ainda não tiveram repercussão efetiva para desencadear ou se constituir em um movimento nacional mais abrangente, como ocorreu em Portugal. Entre os atores que mobilizam essas redes estão membros da academia, com produção nacional e internacional na área (SPERANDIO, 2004; AKERMAN, 2004; WESTPHAL, 2000), ligados à Organização Mundial de Saúde (AKERMAN, 2004), e gestores públicos envolvidos com a implantação do SUS no nível local e nacional (ANDRADE, s/d).

Metodologia

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

O procedimento metodológico utilizado foi a realização de entrevistas não estruturadas com cinco atores chave (*stakeholders*) da implantação do Programa Cidades Saudáveis em Portugal: quatro participantes da Rede Portuguesa e um acadêmico. A análise do material obtido nas entrevistas 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). 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 (1955) é baseada em conceitos dicotômicos, em que cada conceito possui uma explicação com dois polos de contraste ou alternatividade, denominados polo positivo e polo negativo. O uso dessas oposições serve para minimizar a ambiguidade dos significados das análises e favorecer o entendimento comum, compartilhado pelas pessoas envolvidas num problema.

Os critérios de escolha dos *stakeholders* foram: pertencer a municípios que participam da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis desde o início das atividades e que participam da Rede Europeia de Municípios Saudáveis; conhecer as estratégias do programa e participar ativamente do Programa Cidades Saudáveis (OMS). Além dos *stakeholders* pertencentes à Rede, considerou-se relevante convidar um acadêmico português, como um olhar externo e analisador para compor o entendimento sobre o Programa Cidades Saudáveis (OMS).

As entrevistas foram transcritas, os principais conceitos (denominados construtos no método SODA) foram organizados em uma planilha eletrônica elaborada em Excel e, a seguir foram elaborados os mapas SODA individuais, com o uso do *software* Decision Explorer®. Posteriormente, os mapas individuais foram validados pelos entrevistados, como recomendado pelo método (EDEN, 1998). Cada construto recebe uma numeração de identificação pelo Decision Explorer, não representando grau de importância ou de hierarquia.

Em seguida foi realizado o agrupamento dos mapas individuais, construindo-se um mapa agregado, que reuniu e consolidou as entrevistas. O mapa agregado foi enviado por *e-mail* para cada um dos *stakeholders*, para nova validação, seguindo a orientação do método SODA (EDEN, 1998). Nessa fase de validação, quatro dos cinco *stakeholders* fizeram observações sobre a estrutura e organização do mapa agregado. Com base no retorno recebido, foram realizados os ajustes no mapa, constituindo o produto final de estruturação do problema, o mapa congregado,

utilizado para a análise do cenário português, conforme proposto pelo método SODA (EDEN, 1998) e, posteriormente, para análise da experiência brasileira.

A experiência brasileira foi delineada pelo levantamento bibliográfico da produção acadêmica. Consideraram-se, para este estudo, quatro artigos científicos sobre as experiências brasileiras em 31 cidades. Os critérios de seleção dos artigos foram: artigos de análise crítica sobre municípios que seguiram as diretrizes e que efetivamente implementaram o Programa Cidades Saudáveis da OMS, tendo como enfoque os principais enfrentamentos para a implementação desse Programa. Foram excluídos artigos de relatos de experiência sem análise crítica e artigos que analisaram iniciativas que, apesar de mencionarem princípios de qualidade de vida, promoção da saúde, bem-estar, dentre outros incluídos no Programa, não foram norteados pela intenção formal de relacionar tais experiências e iniciativas ao Programa da OMS por parte dos gestores públicos.

Tal recorte se fez necessário porque alguns municípios declaram-se pertencentes ao movimento de Cidades Saudáveis por desenvolverem iniciativas de implementação de políticas públicas que incorporam noções apresentadas no Programa ou relacionadas a movimentos de promoção da saúde. Da mesma forma, alguns artigos científicos usam como palavras chave, ‘cidade/município saudável’, para referenciar formas e critérios de avaliação de cidades com base nas diretrizes do Programa Cidades Saudáveis (OMS), mas não analisam casos de implantação do Programa.

A análise comparativa das experiências nos dois países foi realizada a partir da identificação das similaridades e convergências entre os construtos apontados no mapa SODA da realidade portuguesa e aqueles identificados nos artigos acadêmicos de relatos críticos sobre a implementação do Programa no Brasil.

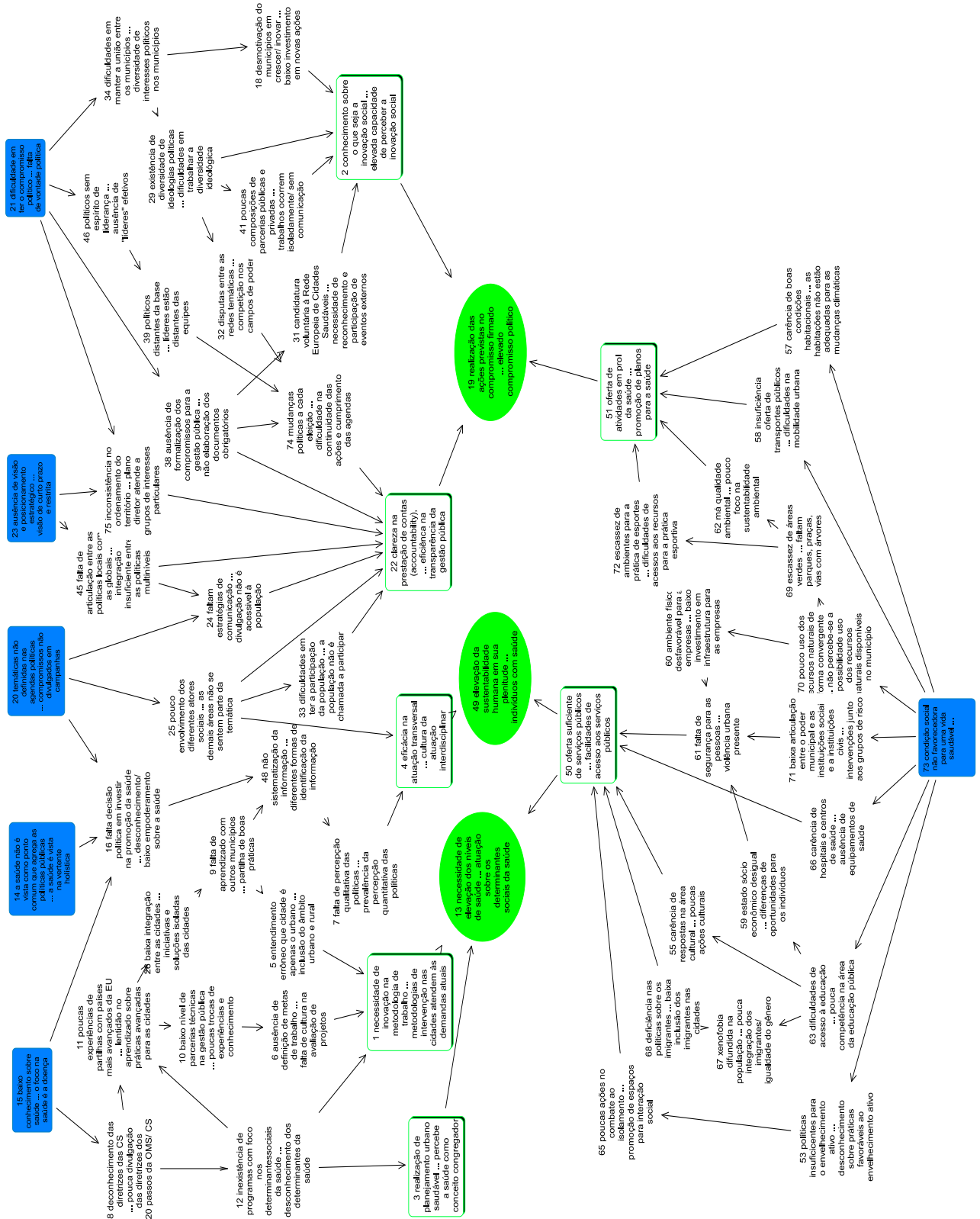
Resultados: Cidades Saudáveis em Portugal e Brasil: convergências e dissonâncias

O cenário português

Os mapas construídos a partir das entrevistas individuais com os *stakeholders* portugueses para entender os principais enfrentamentos para a implementação do Programa Cidades Saudáveis em Portugal geraram 188 construtos, o que dificultava a estruturação do problema. Assim, esses construtos foram revistos para a elaboração do mapa agregado, resultando em 59 construtos, e a exclusão dos 129 construtos deram-se por estarem implícitos em outros construtos, por pertencerem à dimensão tático-operacional, ou seja, não atendiam ao plano estratégico de implementação, visto que foram considerados de baixa relevância para a questão central da pesquisa.

Os 59 construtos restantes foram utilizados para elaboração do mapa agregado de estruturação do problema “percepção dos *stakeholders* acerca dos principais enfrentamentos para a implementação do Programa Cidades Saudáveis em Portugal” (Figura 1).

Figura 1: Mapa congregado: uma percepção dos principais enfrentamentos para a implementação do Programa Cidades Saudáveis (OMS) em Portugal



A leitura transversal do mapa congregado possibilitou a categorização dos principais construtos identificados em três agrupamentos, ou *clusters*: conhecimento, governança e condições socioespaciais para uma vida saudável; classificações em concordância com a produção académica sobre o tema cidades saudáveis (AKERMAN, 1999; BARTON e GRANT, 2013; BUSS e PELLEGRINI, 2007; GOMES, BASTOS, FERES, 2016; LEEUW, 2012; OMS, 1995; ROCHA, 2000; ROSSA, 2007; SANTANA, 2007 e 2014; SPERANDIO, *et. al.*, 2004; e, WESTPHAL, 2000).

Os construtos agregados no *cluster* “conhecimento” referem-se à necessidade de compreender a saúde em perspectiva ampliada, ou seja, numa visão holística, operada por práticas multidisciplinares e intersetoriais, bem como priorizar a promoção da saúde como eixo norteador das políticas públicas (SANTANA, 2007 e 2014).

Os construtos que compõem o *cluster* “governança” referem-se ao exercício da autoridade política e administrativa para gerenciar um país/cidade/municípios, compreendendo os mecanismos, processos e atores envolvidos. Para as Nações Unidas (2015), a governança tem como finalidade o desenvolvimento humano e refere-se ao exercício da autoridade política e administrativa em todos os níveis de governo para gerenciar os 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 ambiente 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 serviço.

Maria Helena Santos (1997) afirma que a governança é o ‘modus operandi’ das políticas governamentais – que inclui, dentre outras, questões ligadas ao formato político-institucional do processo decisório, para definição do ‘mix’ apropriado de financiamento de políticas e para alcance geral dos programas. Ainda segundo a autora, o conceito não se restringe aos aspectos gerenciais e administrativos do Estado, tampouco ao funcionamento eficaz do aparelho de Estado.

Os construtos que compõem o *cluster* “condições socioespaciais para uma vida saudável” referem-se à oferta e ao 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 (LEEuw, 2012; WESTPHAL, 2000).

Considerando a experiência de 20 anos de implementação do Programa Cidades Saudáveis (OMS) em Portugal e o apoio das atividades da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis, o mapa denota os avanços na oferta de ações e serviços públicos em prol da saúde nos municípios portugueses. Esses avanços são o resultado de ações de apoio ao envelhecimento ativo, da melhoria da educação pública, da difusão das práticas contra a xenofobia, das políticas dirigidas às diferenças socioeconômicas, da oferta de serviços de saúde, do uso dos recursos naturais de forma convergente, da ampliação das áreas verdes, da melhoria na oferta dos transportes públicos e de habitações com boas condições (Figura 1).

No contexto do conhecimento da visão holística da saúde, ainda há dificuldades no entendimento de que saúde não significa ‘tratar de doenças’. Há dificuldades também na promoção de ações interdisciplinares, apesar da diversidade de ações realizadas para divulgar as diretrizes do Programa Cidades Saudáveis e das articulações promovidas para troca de experiências entre os municípios lusitanos (Figura 1). O campo que requer maior avanço na realidade lusitana, mesmo com o empenho realizado pela Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis ao longo dos vinte anos de existência, envolve a governança, com o mapa (Figura 1) apontando a necessidade de maior envolvimento por parte dos políticos e participação da população, seja pela aproximação do governo, seja pela participação ativa da *accountability*.

Cidades Saudáveis no Brasil a partir das categorias do Mapa SODA da RPMS

Para a identificação dos enfrentamentos das experiências brasileiras foram utilizados quatro artigos, conforme os critérios predefinidos: uma análise da experiência da implantação do Programa Cidades Saudáveis em 23 cidades no estado de Pernambuco (FREIRE, SALLES e SÁ, 2016); a implementação em quatro cidades de São Paulo - Limeira, Bertiooga, Santo André e Piracicaba (MENDES, BÓGUS e AKERMAN, 2004); a experiência em duas cidades mineiras - Dionísio e São José do Goiabal (ADRIANO et al., 2000) e a análise da implantação nas cidades de Jundiá (SP) e Maceió (AL) (MENDES, 2000). A amostra foi considerada significativa pela abrangência territorial, composta por cidades e estados do Brasil de diferentes regiões (nordeste e sudeste), pela diversidade econômica, social e cultural das cidades e pela escala temporal, agrupando análises realizadas no início, meados e final das décadas de 2000 a 2016.

A pergunta norteadora desta análise sobre as experiências brasileira e portuguesa era: “o que a experiência brasileira possui em comum com a portuguesa, tendo como referência os

construtos do mapa SODA validados pelos *stakeholders*? O que é específico da realidade brasileira e que não foi identificado na experiência Portuguesa descrita no mapa?”

De modo geral, houve boa relação entre os construtos estruturados no mapa SODA sobre a experiência portuguesa e os construtos identificados nas análises críticas da produção acadêmica brasileira. A frequência de similaridade dos construtos da realidade lusitana com a brasileira (Quadro 2) mostra que, dos 59 construtos portugueses, 40 são encontrados na produção acadêmica brasileira, correspondendo a 68% de semelhança. A maior similaridade está nos construtos do *cluster* da governança. Dos 24 construtos desse *cluster*, 20 foram encontrados nas análises dos enfrentamentos brasileiros, correspondendo a 83% de similaridade. No *cluster* conhecimento, dos 15 construtos do mapa português, 12 foram identificados na produção acadêmica brasileira selecionada, correspondendo a 80% de similaridade. Dos 20 construtos do *cluster* condições socioespaciais para uma vida saudável, 8 foram identificados, correspondendo a 40% similares.

Quadro 2: Frequência de citações do construto nos artigos das experiências brasileiras selecionados

Id	Polos positivos/ Polos negativos no mapa SODA de entrevistas da RPMS	Frequência dos enfrentamentos por construto
Governança		
33	dificuldades em ter a participação da população/ a população não é chamada a participar	07
25	pouco envolvimento dos diferentes atores sociais/ as demais áreas não se sentem parte da temática	05
24	faltam estratégias de comunicação/ divulgação não é acessível à população	04
39	políticos distantes da base/ líderes estão distantes das equipes	03
45	falta de articulação entre as políticas locais com as globais/ integração insuficiente entre as políticas multiníveis	03
41	poucas composições de parcerias públicas e privadas/ trabalhos ocorrem isoladamente/ sem comunicação	03
48	não sistematização da informação/ diferentes formas de identificação da informação	02
21	dificuldade em ter o compromisso político/ falta de vontade política	02
32	disputas entre as redes temáticas/ competição nos campos de poder	02
26	baixa integração entre as cidades/ iniciativas e soluções isoladas das cidades/ baixa interação nas cidades	01
19	efetivação das ações previstas no compromisso firmado/ baixo comprometimento político	01
20	temáticas não definidas nas agendas políticas/ compromissos não divulgados em campanhas	01
22	omissões na prestação de contas (accountability)/ ineficiência na transparência da gestão pública	01
34	dificuldades em manter a união entre os municípios/ diversidade de interesses políticos nos municípios	01
38	ausência de formalização dos compromissos para a gestão pública/ não elaboração dos documentos obrigatórios	01
23	ausência de visão e posicionamento estratégico/ visão de curto prazo e restrita	01
46	políticos sem espírito de liderança/ ausência de "líderes" efetivos	01
74	mudanças políticas a cada eleição/ dificuldade na continuidade das ações e cumprimento das agendas	01
11	poucas experiências de parcerias com países mais avançados da EU/ lentidão no aprendizado sobre práticas avançadas para as cidades	01
71	baixa articulação entre o poder municipal e as instituições civis da área social / intervenções junto aos grupos de risco	01
29	existência de diversidade de ideologias políticas/ dificuldade de trabalhar a diversidade ideológica	Zero
31	candidatura voluntária à Rede Europeia de Cidades Saudáveis/ necessidade de reconhecimento e participação de eventos externos	Zero
18	desmotivação dos municípios em crescer/ inovar / baixo investimento em novas ações	Zero
75	inconsistência no ordenamento do território/ plano diretor atende a grupos de interesses particulares	Zero
Cluster Conhecimento		
4	ineficácia na atuação transversal/ cultura da atuação especialista	05
15	baixo conhecimento sobre o que é saúde/ o foco na saúde é a doença	04
1	a saúde não é vista como ponto comum que agrega as políticas públicas/ a saúde é vista na	04

4	vertente holística	
6	ausência de definição de metas de trabalho/ falta de cultura na avaliação de projetos	03
8	desconhecimento das diretrizes das CS/ pouca divulgação das diretrizes dos 20 passos da OMS/ CS	03
10	baixo nível de parcerias técnicas na gestão pública/ poucas trocas de experiências e conhecimento	02
1	necessidade de inovação na metodologia de trabalho/ metodologias de intervenção nas cidades não atendem às demandas atuais	01
7	falta de percepção qualitativa das políticas/ prevalência da percepção quantitativa das políticas	01
9	falta de aprendizado com outros municípios/ partilha de boas práticas	01
2	desconhecimento sobre o que seja a inovação social/ baixa capacidade de perceber a inovação social	01
16	falta decisão política em investir na promoção da saúde/ desconhecimento/ baixo empoderamento sobre a saúde	01
3	ausência de planejamento urbano saudável/ não se percebe a saúde como conceito congregador	01
13	necessidade de elevação dos níveis de saúde/ atuação sobre os determinantes da saúde	Zero
5	entendimento errôneo que cidade é apenas o urbano/ inclusão do âmbito urbano e rural	Zero
12	inexistência de programas com foco nos determinantes sociais da saúde/ desconhecimento dos determinantes da saúde	Zero
	Cluster Condições Socioespaciais	
73	condição social não favorecedora para uma vida saudável/ recursos sociais insuficientes	07
62	má qualidade ambiental/ pouco foco na sustentabilidade ambiental	01
63	dificuldades de acesso à educação/ pouca competência na área da educação pública	01
50	oferta insuficiente de ações e serviços públicos/ dificuldades de condições socioespaciais para uma vida saudável públicos	01
66	carência de hospitais e centros de saúde/ ausência de equipamentos de saúde	01
70	pouco uso dos recursos naturais de forma convergente/ não se percebe a possibilidade de uso dos recursos naturais disponíveis no município	01
51	carência de atividades em prol da saúde/ faltam planos para a saúde	01
59	estado sócio econômico desigual/ diferenças de oportunidades para os indivíduos	01
53	políticas insuficientes para o envelhecimento ativo/ desconhecimento sobre práticas favoráveis ao envelhecimento ativo	Zero
55	carência de respostas na área cultural/ poucas ações culturais	Zero
57	carência de boas condições habitacionais/ as habitações não estão adequadas para as mudanças climáticas	Zero
58	insuficiência oferta de transportes públicos/ dificuldades na mobilidade urbana	Zero
49	elevação da sustentabilidade humana em sua plenitude/ indivíduos com saúde	Zero
61	falta de segurança para as pessoas/ violência urbana presente	Zero
65	poucas ações no combate ao isolamento/ promoção de espaços para interação social	Zero
67	xenofobia difundida na população/ pouca integração dos imigrantes/ igualdade do gênero	Zero
68	deficiência nas políticas sobre os imigrantes/ baixa inclusão dos imigrantes nas cidades	Zero
69	escassez de áreas verdes/ faltam parques, praças, vias com árvores	Zero
72	escassez de ambientes para a prática de esportes/ dificuldades de acessos aos recursos para a prática esportiva	Zero
60	ambiente físico desfavorável para as empresas/ baixo investimento em infraestrutura para as empresas	Zero

É possível considerar que a ausência de fatores do *cluster* “condições socioespaciais para uma vida saudável” como um enfrentamento necessário para a implantação do Programa Cidades Saudáveis na experiência brasileira decorra da escassa produção acadêmica de análise crítica das experiências brasileiras, ou do enfoque dos artigos, que ressaltam a importância de um projeto político para a implantação da proposta, numa hierarquia que pode subordinar a resolução das condições socioespaciais a um projeto de governança. Dados que comprovam a necessidade de se abordar os construtos identificados no mapa SODA são identificados: na economia (em 2016, no Brasil, 25,4% da população brasileira vivia abaixo da pobreza - 5,5 U\$/ dia)⁴; na cultura (dos 5.570

municípios brasileiros, apenas 5,9% possuía um plano desenvolvido para a cultura³); na educação (7,7% da população não possui instrução⁴); na infraestrutura urbana (o percentual de domicílios com ausência de banheiro ou sanitário exclusivo correspondia, no último censo, a 1,7% da população⁴ e 12% das moradias possuía ao menos uma deficiência nas condições de moradia (banheiro, adensamento, paredes externas, ônus excessivo com aluguel)⁴); condições que influenciam os indicadores de saúde (em 2015, a taxa de homicídio brasileira era de 28,9 por 100 mil habitantes, correspondendo a 59.080 homicídios⁵). Ainda que esses fatores não tenham sido apontados, os dados evidenciam que o Brasil ainda tem um longo percurso para alcançar melhores condições para a população, em relação a educação, trabalho, condições de vida, acesso ao emprego, água e esgoto, serviços sociais de saúde e de habitação, dentre outras melhorias dos níveis dos fatores dos determinantes sociais.

Quanto aos enfrentamentos identificados no *cluster* conhecimento, observa-se a dificuldade de compreensão ampla e integrada do termo saúde, base para a implantação da proposta. O desafio de romper o paradigma do saber fragmentado e da compartimentalização das áreas para perceber os fenômenos em sua dinâmica complexidade, como proposto por Maturana e Varela (1997) e Morin (2016), é perceptível na análise dos cenários brasileiro e português. Morin (2016) enfatiza a todo momento, em sua obra, a circularidade do conhecimento, o conhecer como processo contínuo, sem fim, de melhoria e aprimoramento.

Perceber a problemática das cidades saudáveis dessa forma, visto que seu entendimento e implementação não são únicos e nem atendem a todos da mesma forma, pode auxiliar a enfrentar as questões apontadas nesse *cluster*, que incluem a transversalidade do conhecimento. Aprender a conhecer e produzir o conhecimento nessa percepção ampliada foi percebido, nesta pesquisa, como um desafio para que seja possível fazer a transformação social em prol do bem-estar a população, do alcance da adequada saúde urbana. A partir dessa perspectiva de produção do conhecimento é possível visualizar as múltiplas relações envolvidas na construção de uma Cidade Saudável, desde sua concepção até às articulações intra e intersetoriais dela decorrentes para sua efetivação, conforme observado nesta pesquisa, tanto na realidade brasileira, quanto na portuguesa.

Considera-se a governança como sustentáculo desse programa. São pilares definidos pela OMS para o PCS: a promoção da participação social e 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 das pessoas e a redução das desigualdades. A alta frequência do construto 'dificuldade de participação social' encontrada nas experiências brasileiras deve ser remetida, não somente ao seu cenário democrático relativamente recente (Tabela 1), como também à construção sócio-histórica e política do Brasil, que remonta, para os historiadores, à influência portuguesa no período de colonização (HOLANDA, 1995). Outros construtos podem ser considerados nessa mesma perspectiva, como o não envolvimento da sociedade, a falta de clareza na comunicação, a ausência de um claro compromisso político que se observe na efetivação de promessas realizadas (Quadro 2). Esses elementos, somados à falta da *accountability*, são constitutivos da cultura política brasileira (HOLANDA, 1995), que historicamente subjugava a efetivação dos direitos a trocas de favores e ao clientelismo.

A falta de *accountability* é fator a ser considerado com maior atenção, uma vez que o mapa congregado (Figura 1) a identifica como opção estratégica para a resolução dos problemas relativos ao cluster governança. Campos, em 1990, identificava a ausência de tradução dessa palavra para a língua portuguesa com a ausência do próprio conceito na cultura luso-brasileira e, com a falta de entendimento do que seria efetivamente o 'público' para a administração pública e para a sociedade.

A *accountability* não se reduz ao acompanhamento objetivo e transparente da prestação das contas dos governantes da gestão pública, mas na compreensão da responsabilidade subjetiva desse conceito e sua relação direta com os valores democráticos, tais como igualdade, dignidade humana, participação, representatividade (CAMPOS, 1990).

Escrevendo sua análise nos primeiros anos pós-constituição de 1988, Campos (1990) enfatizava que o verdadeiro controle sobre os serviços prestados, a justiça na distribuição de

³ http://www.cultura.gov.br/noticias-destaques/-/asset_publisher/OiKX3xlR9iTn/content/ibge-apresenta-indicadores-culturais-de-estados-e-municipios/10883

⁴ IBGE, 2017 <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101459.pdf>;

⁵ http://www.ipea.gov.br/portal/images/170602_atlas_da_violencia_2017.pdf (Atlas da Violência-IPEA, 2017)

benefícios e a compreensão dos custos econômicos, sociais e políticos dos serviços produzidos somente se efetivariam com a fiscalização do poder público pelos cidadãos, ou seja, pela ação da cidadania organizada. Dessa forma, para a autora a prática da *accountability* é estabelecida pela convivência de qualidade entre o governo e cidadão, entre burocracia estatal e as diferentes clientelas. O processo democrático, instaurado com a Constituição de 1988, trouxe avanços nesse cenário, porém as dificuldades de governança encontradas para a implantação da proposta Cidades Saudáveis nesta pesquisa corrobora a constatação de Campos (1990), de que a cultura da *accountability* ainda não está efetivamente instaurada no país.

A análise combinada do mapa SODA dos municípios que compõem a RPMS (Figura 1) e os construtos identificados na produção acadêmica brasileira sobre as experiências brasileiras (Quadro 2) indicam como potenciais estratégias favorecedoras da implementação do Programa Cidades Saudáveis (OMS) no Brasil: a utilização consciente da saúde como norteadora e integradora para as políticas públicas; a promoção de planos intersetoriais em prol da saúde da população, estratégia que a OMS denomina planejamento urbano saudável; a incorporação de metodologias de trabalho que atendam às demandas atuais das cidades; a atuação interdisciplinar das áreas envolvidas no campo do planejamento urbano; a implantação de práticas que forneçam transparência à gestão pública por meio de sistemas de prestação de contas; divulgação e conhecimento sobre as possibilidades de inovação social e adequação da oferta e acessibilidade dos serviços públicos às necessidades da população. Essas estratégias devem ser implementadas para que as cidades atinjam níveis elevados de saúde (que poderão ser comprovados por meio de indicadores que mensurem os determinantes sociais de saúde) e de sustentabilidade humana, somente alcançáveis por meio de comprometimento político da sociedade.

Considerações finais

Saúde coletiva e planejamento urbano são campos interdisciplinares e complexos que podem ser integrados por meio do Programa Cidades Saudáveis, proposto pela OMS. Nesta pesquisa, o planejamento urbano de cidades saudáveis, tendo como referência a experiência da Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis, foi tomado como um problema e modelado por meio do mapa cognitivo SODA, para subsidiar a análise crítica e reflexiva sobre os desafios envolvidos na implementação da proposta no Brasil.

Os *clusters* governança, conhecimento e condições socioespaciais para uma vida saudável revelaram-se estratégicos para ambos os cenários, a despeito das diferenças territoriais, socioeconômicas e políticas dos dois países. Similaridades e convergências foram encontradas nos desafios para a implantação da proposta nas experiências brasileiras e portuguesas, a despeito das diferentes formas e estágio de implantação da proposta nos dois países. Em Portugal, foi favorecida pela existência da Rede que há mais de vinte anos a sustenta, com apoio da academia e de articulações com outros movimentos e redes que se ampliam na união europeia.

Em ambos os cenários, o conhecimento da saúde numa perspectiva holística, integradora de políticas públicas favoráveis à população, apresenta-se como um ponto chave para a efetivação da Proposta do Programa Cidades Saudáveis (OMS) e um dos principais enfrentamentos a ser considerado na sua implementação. Passados mais de quarenta anos de discussões promovidas pela OMS e pelo campo acadêmico, acerca da necessária ampliação do conceito de saúde e sua relação com os condicionantes econômicos, sociais, políticos e ecológicos da vida em sociedade, gestores públicos e a população desconhecem essa interdependência. A manutenção do conhecimento departamentalizado e sua tradução em ações fragmentadas implicam a probabilidade de que ações especialistas e isoladas continuem sendo implementadas, sem a possibilidade de uma efetiva promoção de melhoria de qualidade de vida e bem-estar para as pessoas. No mesmo grau de importância e de forma interdependente, a governança é compreendida como processo democrático.

Por meio do mapa SODA é possível perceber a rede de inter-relações entre os elementos constituintes dos *clusters* identificados, o que fortalece a integração entre os campos do Planejamento Urbano e da Saúde Coletiva proposta neste estudo.

Bibliografia

ANDRADE, L. O. M. **Do surgimento da medicina social ao surgimento da intersectorialidade** (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.
- ADRIANO, J. R. et al. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 53-62, 2000 .
- BARTON, H.; GRANT, M. Urban Planning for Healthy Cities. **Journal of Urban Health**, v. 90, Supplement 1, p. 129-141, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22714703>>. Acesso em: 17 ago. 2017.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 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.
- CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes Sociais na Saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V.; CARVALHO, A. I.; NORONHA, J. C. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- EDEN, C. Cognitive Mapping. **European Journal of Operational Research**, v. 36, p. 1-13, 1998.
- FREIRE, M. S. M; SALLES, R. P. S.; SÁ, R. M. P. F. Mapeando iniciativas territoriais saudáveis, suas características e evidências de efetividade. **Ciência e Saúde Coletiva** [online]. 2016, v. 21, n. 6, p.1757-1766. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.08172016>>. Acesso em: 17 ago. 2017.
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/resources_9540.htm>. Acesso em: 05 abr. 2018.
- 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.
- GADELHA. C. A. G.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. 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.
- HOLANDA, S. B. **Raízes do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA PORTUGAL (INE). Disponível em <https://ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE>. Acesso em: 05 abr. 2018.
- BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais: uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira (2017)**. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101459.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2018.
- KELLY, G. A. **Psychology of personal constructs: a theory of personality**. New York: Norton, 1995.
- LEEUW, E. Do Healthy Cities Work? A Logic of Method for Assessing Impact and Outcome of Healthy Cities. **Journal of Urban Health** [1099-3460] Leeuw, Evelyne, v. 89 Issue: 2, 2012. p. 217-231.
- MATURANA, H. e VARELA, F. G. **De Máquinas e seres vivos**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- MENDES R. **Cidades Saudáveis no Brasil e os Processos participativos: os casos de Jundiá e Maceió**. 2000. 229p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
- MENDES, R.; BÓGUS, C. M.; AKERMAN, M. Agendas urbanas intersetoriais em quatro cidades de São Paulo. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 47-55, jan./abr. 2004.
- MORIN, E. **O Método 1 – a natureza da natureza**. Porto Alegre: Sulinas, 2016.

OMS. Relatório **Veinte passos para desarrollar un proyecto ciudades saludables**, 2ª. Edição (1995). Oficina Nacional para a Europa. Disponível em: <<http://www.redconsalud.info/img/cnt/File/Otros%20documentos/PASOS%20PROYECTO%20CIUDAD%20SALUDABLE.pdf>>. Acesso em: 08.Ago.2016.

PAIM, J., TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, 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.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, PNUD. **Agenda 21 brasileira**: bases para discussão. Brasília: Ministério do Meio Ambiente/ PNUD, 2000.

Rede Portuguesa de Municípios Saudáveis (RPMS). Disponível em: <<http://redemunicipiossaudaveis.com/index.php/pt>>. Acesso em: 05 abr. 2018.

ROCHA, A. Qualidade de vida, ponto de partida ou resultado final? **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 63:81, 2000.

ROSSA, W. Fomos condenados à cidade. In: SANTANA, P. **A cidade e a saúde**. Coimbra: Edições Almedina, 2007. p. 15-22.

REIS, F.W. Governabilidade e instituições políticas. In: VELLOSO, J. **Governabilidade, Sistema Político e Violência Urbana**. Rio de Janeiro: José Olympio, 1994. p 193-201.

SANTANA, P. **A cidade e a saúde**. Coimbra: Edições Almedina, 2007.

_____. **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. **Revista de Ciências Sociais**, v. 40, n. 3, p. 335-376, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581997000300003>. Acesso em: 19 jun. 2016.

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**, Rio de Janeiro, v. 33, b. 83, p. 407-419. 2009.

SPERANDIO, A. M. G.; CORREA, C. R. S.; SERRANO, M. M.; RANGEL, H. A. Caminho para a construção coletiva de ambientes Saudáveis – São Paulo, Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n.3, p. 643-654, 2004.

SILVEIRA, C.B., FERNANDES, T. M. e PELLEGRINI, B. **Cidades Saudáveis – Alguns Olhares sobre o Tema**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

UN, **Governance and development**. 2015. Disponível em: <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/Think%20Pieces/7_governance.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2017.

WESTPHAL, M.. F. O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva** [online]. 2000, v. 5, n. 1 [cited 2014-12-07], p. 39-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11. dez. 2014.

WESTPHAL, M. F. ; OLIVEIRA, S. C. Cidades Saudáveis: uma forma de abordagem ou uma estratégia de saúde urbana? **Revista USP**, São Paulo, n. 107, p. 91 -102, 2015.

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