

Lima, Filipe Antunes; Lima, Samuel do Carmo
Construindo cidades saudáveis: a instrumentalização de políticas públicas
intersetoriais de saúde a partir do Planejamento Estratégico Situacional
Saúde e Sociedade, vol. 29, núm. 2, e200058, 2020
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública.

DOI: 10.1590/S0104-12902020200058

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406266588005>

Construindo cidades saudáveis: a instrumentalização de políticas públicas intersetoriais de saúde a partir do Planejamento Estratégico Situacional

Building healthy cities: the instrumentalization of intersectoral public health policies from Situational Strategic Planning

Filipe Antunes Lima^a

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9462-6068>
E-mail: antuneslimaf@gmail.com

Samuel do Carmo Lima^b

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0950-8666>
E-mail: samuel@ufu.br

^aUniversidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Faculdade de Ciências e Tecnologia. Departamento de Geografia. Presidente Prudente, SP, Brasil.

^bUniversidade Federal de Uberlândia. Instituto de Geografia. Laboratório de Geografia Médica. Uberlândia, MG, Brasil.

Resumo

A preocupação com as condições de vida nas cidades não é recente e remonta às propostas de cidades utópicas da Grécia antiga, da renascença e dos tempos da Revolução Industrial do século XIX. Os movimentos higienistas modernistas já propunham a necessidade de construir cidades salubres. Desde então, é vasta a literatura que trata do tema, com epistemologias e abordagens diferentes para a complexa questão da saúde urbana. Nesses últimos 40 anos, muito tem se avançado, não somente na teoria, na concepção de cidades saudáveis, mas também nas experiências da Rede Europeia de Cidades Saudáveis. Houve experiências pontuais no Brasil, porém elas não se desenvolveram de tal maneira a se tornarem políticas públicas concretas. Há a necessidade de planejar ações coordenadas e intersetoriais de saúde em todas as políticas. É preciso que haja participação e controle social para que haja cidades saudáveis e, por isso, o presente trabalho apresenta o Planejamento Estratégico Situacional como uma metodologia para construção de cidades saudáveis. Desde a definição do problema, a apreciação situacional, elaboração do plano até a avaliação, todas essas fases do planejamento podem fortalecer as políticas públicas em saúde e instrumentar uma política nacional de cidades saudáveis brasileira.

Palavras-chave: Cidades Saudáveis; Políticas Públicas; Planejamento Estratégico; Intersetorialidade.

Correspondência

Filipe Antunes Lima
222 Lyon St. Ottawa, ON, Canada. CEP K1R 5V9.

Abstract

The concern with living conditions in cities is not new and goes back to the proposals of utopian cities in ancient Greece, the Renaissance and the times of the industrial revolution of the 19th century. Modernist hygienist movements already proposed the need to build healthy cities. Since then, there is a vast literature dealing with the topic, with different epistemologies and approaches to the complex issue of urban health. Over the past 40 years, much has been advanced, not only in theory, in the design of healthy cities, but also in the experiences of the European Healthy Cities Network. There were occasional experiences in Brazil, but these did not develop in such a way as to become public policies. concrete. There is a need to plan coordinated and intersectoral health actions in all policies. It is necessary that there is participation and social control for healthy cities, and for this reason, this paper presents the Situational Strategic Planning as a methodology for building healthy cities. From the definition of the problem, the situational assessment, the elaboration of the plan until the evaluation, all these planning phases can strengthen public health policies and implement a national policy for healthy Brazilian cities.

Keywords: Healthy Cities; Public Policies; Strategic Planning; Intersectoriality.

Introdução

O tema das cidades saudáveis não é novo. Não o sendo, houve diferentes momentos na construção da sua conceituação e de estratégias de implantação. É um tema que permeia a própria noção de cidade, desde que elas passaram a existir e as cidades de hoje. Discutir a construção de cidades saudáveis, que a cada dia torna-se mais importante, haja vista a expansão desordenada do meio urbano e de sua população, que rebaixa a qualidade de vida (Lima; Costa, 2013).

Para tratar desse assunto, não se poderia deixar de falar dos precursores da utopia na Grécia antiga. Faleas de Calcedonia e Hipódamo de Mileto ocupam lugar de destaque na arquitetura e urbanismo da antiguidade. Portanto, na Grécia antiga já havia o ideário da cidade saudável, pensada a partir da escola de Hipócrates em Cós e, igualmente, na escola de Hipódamos, em Mileto, nas quais o urbanismo foi fortemente influenciado pela utopia, que buscava construir a cidade saudável a partir da relação do corpo com o espaço, e com a circulação dos ventos e a iluminação solar (Cappelletti, 1966).

Faleas de Calcedonia e Hipódamo de Mileto são predecessores da utopia de Platão, com propostas de reforma da sociedade e da construção de uma cidade ideal. Para Hipódamo, a cidade ideal deveria ter dez mil habitantes, nem mais nem menos, divididos em três classes sociais, ou grupos profissionais: os artesãos, os agricultores e os guerreiros (Cappelletti, 1966).

No Livro 1 de *A República de Platão*, a cidade ideal é apresentada no diálogo entre Sócrates e Adimanto como um exercício da imaginação. A cidade ideal seria fundada em uma educação para a justiça. Essa cidade deveria ser governada por um filósofo-rei, que teria o conhecimento necessário para governar segundo padrões de ética e de justiça.

A educação deveria ser ensinada por meio da ginástica e da música, iniciando-se pela música que já incluiria a literatura. A cidade ideal de Platão seria uma cidade saudável. Mas, o argumento de Sócrates é que a cidade vai crescer e os problemas aparecerão.

Sócrates - a verdadeira cidade me parece ser aquela que descrevemos como uma coisa sã, mas, se quiserem, observaremos também a que está repleta de problemas... ao que me parece - não bastam a

certas pessoas. Pode-se acrescentar-lhes leitos, mesas e outros objetos, e ainda iguarias, perfumes, incensos, guloseimas e cada uma destas coisas em toda a sua variedade. Em especial, não mais se colocará entre as coisas necessárias o que dissemos primeiro: habitações, vestuários e calçados, e se buscará a pintura e o colorido, entendendo-se que se deve possuir ouro, marfim e preciosidades dessa espécie. É ou não assim? (Platão, 2012, p. 63)

A utopia só reaparece na renascença, a partir do século XV, quando o homem e a história deixam de estar predestinados. Exemplo disso é a obra *Utopia*, de Thomas Morus (1478-1535), que é uma proposta de sociedade justa e saudável, que toma como inspiração a República de Platão.

Segundo Barbosa (2003), a palavra utopia aparece pela primeira vez em uma carta de Thomas Morus a Pedro Gilles (Secretário da cidade de Antuérpia), escrita em 1516, e depois dá nome ao seu livro, escrito no mesmo ano. Utopia é um neologismo latino que junta duas palavras gregas, *ouk* que significa negação e a palavra *topos* que significa lugar, acrescida do sufixo *ia* que indica um estado ou condição, que pode significar não lugar, nenhum lugar, algures, nenhures, lugar algum.

A utopia de Thomas Morus é uma crítica à monarquia e ao mercantilismo da Inglaterra, que produzia expulsão dos camponeses do campo para as cidades, e o seu ideal de cidade utópica tem como base a justiça do platonismo, o prazer do epicurismo e a ideia de comunidade natural do estoicismo, e que todos, indistintamente, possam gozar da riqueza repartida para o bem de todos.

Olhemos o que se passa cada dia ao redor de nós. A principal causa da miséria pública reside no número excessivo de nobres, zangões ociosos, que se nutrem do suor e do trabalho de outrem e que, para aumentar seus rendimentos, mandam cultivar suas terras, escorchando os rendeiros até à carne viva. Não conhecem outra economia. Mas, tratando-se, ao contrário, de comprar um prazer, são pródigos, então, até à loucura e à mendicidade. E não menos funesto é o fato de arrastarem consigo uma turba de lacaios e mandriões sem estado e incapazes de ganhar a vida. (Morus, 1997, p. 16)

Segundo Oliveira (2002), a utopia no início da modernidade projetava a cidade ideal não como resultado de melhorias do sistema político, religioso ou moral, mas como resultado do progresso, associado ao avanço do conhecimento técnico e científico, que poderia produzir uma melhor condição de vida para a sociedade. Isso transparece na Cidade do Sol (1623), de Tommasio Campanella; na Nova Atlântida (1627), de Francis Bacon; na Panorthosia (1657), de Comenius; e na Nova Atlântida, de Glanvill (1675).

Se as cidades utópicas da Grécia antiga, e também as do início da modernidade, tinham como princípios filosóficos a justiça, a democracia, a ética e o bem comum para todos, no século XIX os reformadores urbanos tinham como ideal da cidade utópica a saúde e a qualidade de vida.

No auge da Revolução Industrial do século XIX, as cidades da Europa eram insalubres, as populações expulsas do campo inchavam as cidades transformando-as em um lugar caótico, desordenado, com degradação ambiental e poluição. Havia por toda a parte lixo, falta de esgotamento sanitário, falta de água potável e gente morando em cortiços. Juntamente com isso, os problemas sociais e de saúde cresceram, prevalecendo, ao lado da riqueza produzida nas indústrias, a miséria humana e as epidemias (Engels, 2015).

Em grande parte, os problemas de saúde da população e, principalmente, as epidemias que assolavam as cidades eram relacionados à poluição e à degradação ambiental, que eram creditadas aos miasmas. A partir desse entendimento surgiu o movimento higienista, que visava sanear o ambiente das cidades e conter as epidemias, enquanto os governos estabeleciam um conjunto de medidas de saúde pública, que poderíamos chamar de sanitarismo.

Ao mesmo tempo, havia outro entendimento, que a precariedade da saúde das populações estava relacionada às condições de vida e de trabalho, que conformava uma nova abordagem de saúde chamada medicina social. Essas ideias se configuravam em uma conjuntura de lutas populares por direitos. Havia um grande clamor contra as injustiças sociais, relacionadas às péssimas condições de vida e trabalho. Na Inglaterra, os trabalhadores faziam

greves nas fábricas e protestavam por toda a cidade. Na França, esses protestos fortaleceram revoltas. Na Inglaterra, a contrarrevolta viria da ação dos governos, com políticas públicas que melhoraram as condições de trabalho e de assistência à saúde, valendo-se das ideias da medicina social. Exemplo disso foi a reforma da Lei dos Pobres (Engels, 2015).

Foi nesse contexto, pensando no caos das cidades industriais do século XIX, que surgiram ideias utópicas para a construção de cidades socialmente mais justas e, principalmente, mais saudáveis. Saint-Simon (1760-1825), Charles Fourier (1772-1837) e Robert Owen (1771-1858), socialistas utópicos, assim chamados porque propunham a construção de uma sociedade socialista perfeita, sem que apontassem o método para concretizá-la, estabelecem contundentes críticas sociais e políticas da sociedade industrial e do conceito mecanicista de progresso, denunciando a sociedade como produtora de miséria e degradação ambiental (Barros, 2016).

Charles Fourier, em 1808, propunha a construção de Falanges, que seriam comunidades com cerca de 1500 habitantes vivendo com princípios socialistas e propriedade coletiva dos meios de produção, nas quais haveria um edifício chamado Falanstério, um palácio de muitas alas com pátios internos, jardins, galpões, salas comunais, oficinas, hospedarias, áreas lúdicas, teatro e igreja (Barros, 2016; Nygaard, 2005).

Robert Owen, por volta de 1820, propôs a construção de assentamento humanos (aldeamentos), cada um com até 1200 pessoas, que pudessem oferecer aos adultos trabalho e às crianças ensino e preparação para a vida, para que todos pudessem ter melhor qualidade de vida. Inspirado em Fourier e Owen, Etienne Cabet, em 1840, publicou um romance que tinha por título *Voyage en Icarie*, que apresentava uma cidade com reticulado geométrico, malha viária em xadrez, que tinha preocupações com a circulação do ar e a salubridade (Nygaard, 2005).

Benjamin Ward Richardson, médico sanitarista inglês reconhecia que o esforço do sanitarismo e da medicina social já havia produzido resultados favoráveis à saúde da população das cidades industriais. Por exemplo, na Inglaterra e na França, por volta de 1810 a 1820 a mortalidade geral, assim como a mortalidade infantil baixaram em um

quarto em relação à de 20 anos atrás. Mas, ainda assim, ele tinha uma forte convicção que a saúde da população poderia ser melhor se as cidades fossem construídas a partir de um modelo de cidade da saúde e não da doença, como se via por toda a parte. Foi, então, que Richardson, em uma reunião da Social Science Association, em Brighton, na Inglaterra, em 1876, apresentou a Hygeia, a cidade da saúde (Richardson, 2005).

A Hygeia seria uma cidade para não mais de 100 mil pessoas, com cerca de 20 mil casas, em uma área de 16 km². Os edifícios seriam limitados a quatro andares para manter boa iluminação. As casas seriam espaçosas, bem ventiladas e aquecidas no inverno. Deveriam possuir abastecimento público de água e sistemas coletores de esgotos. Na cidade haveria lavanderias públicas, bibliotecas, escolas, piscinas e centros de “diversão instrutiva”. Álcool, tabaco e jogos de azar seriam efetivamente proibidos, assim como os bordéis. Haveria muito espaço verde, praças públicas e jardins nos fundos de cada casa. As ruas, em grid retangular, seriam arborizadas e largas para facilitar a circulação do ar e a dispersão dos miasmas. Seriam sempre limpas e livres de buracos. A sujeira das ruas seria lavada todos os dias, varrida para galerias subterrâneas e transportada com o esgoto, para longe da cidade (Richardson, 2005).

As crianças de sarjeta são uma impossibilidade em um lugar em que não há sarjetas para seu inocente deleite. Em vez da sarjeta, a mais pobre das crianças tem o jardim; ao invés da paisagem deplorável e do cheiro de lixo prejudicial, ele tem flores e grama verde. (Richardson, 2005, p. 8, tradução nossa)

As utopias de cidades saudáveis permanecem no século XIX, porque eram baseadas na medicina social, que fica subjugada pelo modelo biomédico de saúde, estabelecendo uma saúde pública em que a saúde é um atributo do corpo e o ambiente deve ser saneado, a partir de uma vigilância tecnológica/ tecnocrática, seguindo a tradição do sanitarismo.

O objetivo deste texto é apresentar a evolução histórica do conceito de cidade saudável e as concepções paradigmáticas que lhe deram corpo no âmbito da saúde pública e, por fim, apresentar uma proposta de um enquadramento do conceito

cidade saudável a partir de ideias do Planejamento Estratégico Situacional.

Antecedentes em Paris e no Rio de Janeiro

A partir do higienismo, a doença era vista, não como um atributo dos corpos, mas dos lugares. Aquilo que era considerado miasma não era produzido pelo ambiente natural e sim pela precariedade dos lugares em que se vivia nas cidades.

O higienismo era a concepção epistêmica e o sanitarismo era a intervenção que propunha higienizar a cidade para evitar a transmissão das doenças que tinha existência ontológica; era um ser que podia ser transmitido de pessoa a pessoa, por contágio, ou pelos miasmas encontrados no ambiente. Em ambos os casos, o problema estava na falta de higiene dos lugares e dos pobres.

Para controlar a transmissão das doenças, os seguidores da teoria miasmática recomendavam medidas de saneamento, pelas quais era necessário fazer circular o ar, as águas, o ar e as pessoas. Para os contagionistas, deviam-se estabelecer quarentenas e isolamento como medidas de prevenção.

Então, na Europa do século XIX surgem as reformas urbanas como resposta ao caos instalado nas cidades industriais, com a precariedade das condições de vida e a falta de saneamento ambiental. O alargamento e a retificação das ruas e a criação de *boulevards* facilitaria a dispersão dos miasmas. Ainda, tinha um objetivo político não confessado, facilitar o deslocamento de tropas para combater as revoltas sociais. Portanto, reformar a cidade passa a ser o principal projeto político das elites: ordenar a cidade de acordo com a moral burguesa, evitar as insurreições e, ainda, prevenir as epidemias (Martins Júnior; Oliveira Neto, 2016).

A reforma de Paris, ainda que se não estava exclusivamente comprometida com a saúde, porque sustentava outros interesses relacionados às ideias desenvolvimentistas da burguesia, produziu uma cidade que atenuava os miasmas, a começar por obras de saneamento (redes de esgotos sanitários e água potável).

Haussmann, seguindo a lógica modernista/higienista, iniciou a reforma de Paris pelo centro

da cidade, alargando ruas (*boulevards*) e drenando o rio Sena para fazer circular mais rapidamente o ar e as águas, para levar para longe os miasmas. Também produziu melhorias na mobilidade, construiu parques e espaços verdes, embelezando a cidade. Grande parte dos edifícios da área central foram demolidos para reorganizar o espaço urbano. Eliminou os cortiços e expulsou os operários para a periferia da cidade, com dois propósitos: tirar do centro da cidade os pobres pestilentos para sanear o lugar e evitar as revoltas sociais e produzir a revalorização imobiliária (Chasles, 2016).

É preciso falar que o movimento higienista/sanitarista da saúde pública nas cidades industriais do século XIX tinha uma clara intenção de medicalização do espaço e da sociedade. Eram os lugares que deveriam ser medicalizados, não as pessoas doentes. A saúde urbana não era uma medicina dos homens, mas uma medicina das coisas, estabelecida por meio de normas sociais e legislação sanitária para ordenar o espaço e a vida social (Foucault, 2000).

Foi assim que o urbanismo modernista chega ao Brasil, no início da república, quando a capital do país estava imersa em problemas de ordem política, econômica e social, com uma industrialização incompleta, infraestruturas urbanas precárias, sistemas de esgotos sanitários e de distribuição de água potável praticamente inexistentes. Também havia epidemias que assolavam a população todos os anos, o que afetava a economia nacional, porque afetava a força de trabalho que era a base da produção. Além disso, a fama de uma país pestilento colocava o Brasil em posição difícil no cenário internacional, sobretudo pelas dificuldades com a imigração de mão de obra livre, que substituiria a mão de obra escravizada. Tudo isso fazia o Brasil olhar para Paris, que seria o exemplo para a modernização das cidades brasileiras, para adequá-la à ordem econômica mundial.

A partir da proclamação da república do Brasil, em 1889, os governantes já ensaiavam as reformas, não só o Rio de Janeiro, mas muitas cidades brasileiras empreenderam reformas urbanas tomando como referência a Paris do Barão Haussmann: Salvador, Belém e até Belo Horizonte, uma cidade que saiu da prancheta dos arquitetos e engenheiros, em

fins do século XIX, para ser construída a partir dos princípios higienistas da reforma de Paris (Costa; Arguelhes, 2008).

Foram construídos sistemas viários com largas avenidas; redes de esgotos e de abastecimento de água potável foram implantadas; e as habitações populares insalubres foram demolidas. O espaço do centro foi saneado, revalorizado e entregue à burguesia para a especulação imobiliária, e os pobres foram expulsos para a periferia da cidade.

No Rio de Janeiro, já se iniciava a modernização e a higienização da cidade, combatendo a insalubridade e readequando o centro, em especial a zona portuária. Segundo a teoria miasmática, era preciso limpar, desinfectar, higienizar o espaço, eliminando as emanações e odores das coisas, dos animais, dos excrementos, dos cadáveres, das habitações insalubres, das multidões, dos pântanos.

A demolição dos cortiços se revelou ser mais do que ação de higiene pública, mas também o privilégio dos valores e dos interesses econômicos das elites em detrimento das populações mais pobres, que eram expulsas, dando origem a uma questão social complexa (favelas) que perdura até hoje na cidade. A urbanização moderna acentua a desigualdade, a exclusão e a segregação espacial (Benchimol, 1992).

O discurso higienista, de deterioração física e moral dos pobres e de suas moradias, na boca das elites políticas e econômicas (empresários, médicos, engenheiros), garantia o direito de desapropriação e destruição dos cortiços insalubres e legitimava novas oportunidades de investimentos econômicos e de especulação imobiliária (Chalhoub, 1996).

Barata Ribeiro, que foi prefeito do Rio de Janeiro, pelo breve tempo de apenas 5 meses (dezembro de 1892 a maio de 1893), empreendeu sobre os cortiços para eliminá-los, com um aparato policial-militar digno de guerra. O emblemático cortiço “Cabeça de Porco”, onde chegou a morar cerca de 4 mil pessoas, foi definitivamente jogado abaixo em 26 de janeiro de 1893. A população teve que sair deixando tudo para trás, levando apenas pequenos objetos pessoais e a roupa do corpo. O processo de favelização do Rio de Janeiro foi se desenvolvendo, gradualmente, à medida que as demolições dos cortiços foram sendo realizadas, com a expulsão dos pobres para

os morros, que seria o contraponto da modernização da cidade (Chalhoub, 1996).

Mas a intensificação do processo de modernização do Rio de Janeiro só ocorreu com o Plano de Reforma Urbana de Pereira Passos (1902-1906), que se complementava com ações do governo federal do Presidente Rodrigues Alves. A reforma urbana de Pereira Passos, sob a influência de Paris embelezou a cidade, construindo muitas praças, o Teatro Municipal, o Museu Nacional de Belas Artes e a Biblioteca Nacional. Também criou estruturas de saneamento básico, alargou as ruas e avenidas (Benchimol, 1992).

No início do século XX, no debate científico, a teoria miasmática já estava derrotada pela teoria do germe, mas na saúde pública ela ainda valia, para justificar as intervenções sobre o espaço e para o controle das populações pobres, chamadas de classes perigosas. Ainda era necessário continuar desapropriando para a modernizar a cidade.

Para Benchimol (1992), Pereira Passos era considerado o Haussmann tropical, que empreendeu no Rio de Janeiro uma reforma urbana, a semelhança de Paris, que tinha duas estratégias bem definidas: uma relacionada ao higienismo e ao saneamento e outra relacionada à modernização e ao embelezamento da cidade.

Portanto, o urbanismo moderno que reformou as cidades, com objetivos às vezes não confessados, efetivamente reduziu o caos e melhorou as condições de saúde da população, sob uma ótica higienista, mas não para todos. A cidade tornou-se mais saudável, só para alguns.

Cidades saudáveis contemporâneas

Depois das utopias do século XIX, somente em 1978, na cidade de Toronto surgem diretrizes políticas de saúde e de desenvolvimento social para fazer frente aos problemas de saúde pública que se contrapunham a hegemonia do modelo biomédico de saúde. Essas diretrizes estavam fortemente baseadas no *Relatório Lalonde*, publicado em 1974. Mark Lalonde era o ministro da saúde do Canadá, quando propôs a reorganização dos serviços de saúde do país, considerando que a saúde humana era determinada não só por processos de biologia

do corpo, mas também pelo meio ambiente, pelo estilo de vida e pelo acesso aos serviços de saúde (Lalonde, 1974).

Paralelamente, no mesmo ano, a Conferência Mundial da Saúde de Alma-Ata, na República do Cazaquistão, marcava uma posição, de que a saúde é equivalente a qualidade de vida e que para elevar o nível de saúde da população é necessário reduzir as iniquidades, as desigualdades e a exclusão social, a partir do desenvolvimento local e comunitário com ações de saúde primária.

Em 1984, a cidade de Toronto novamente se torna protagonista nessas proposições de construção de cidade saudável, quando realiza uma conferência denominada Beyond Health Care (1984), em comemoração aos dez anos do *Relatório Lalonde*. Os debates reafirmam Alma-Ata, mas insistem que, para além da assistência, é preciso fazer prevenção e promoção da saúde, porque a saúde é determinada socialmente. A construção de cidade saudável como programa de governo surgiu no Canadá, antes disso essa era só uma ideia, uma utopia (Guimarães, 2003; Lima, 2013).

Esse movimento inspirou a Conferência Internacional de Ottawa, patrocinada pela OMS, sobre promoção da saúde, em 1986. No mesmo ano, a OMS realizou uma reunião em Lisboa para dar início ao projeto Cidade Saudáveis em 11 cidades europeias. O movimento cidade saudável se organizava em torno de ideias de políticas públicas saudáveis e de promoção da saúde, não mais atrelada às reformas urbanas e ao urbanismo, não mais como no higienismo, que tinha como foco os lugares e não as pessoas, mas como política de saúde, como uma estratégia de promoção da saúde (Guimarães, 2003; Westphal, 2000).

Lima (2013) diz que a construção de cidades saudáveis corresponde a uma vontade política de melhorar continuamente as condições de vida e o bem-estar do cidadão, com estratégias de promoção da saúde, que buscam elevar o nível de saúde dos indivíduos a partir de uma clara intenção de fazer e um projeto a realizar.

O conceito de promoção da saúde é baseado na crítica ao modelo biomédico de atenção à saúde, que interpreta o processo saúde-doença a partir de relações causais biológicas. Se no princípio,

quando proposto pelos canadenses, o enfoque era voltado para a mudança de estilos de vida, em uma perspectiva individual e comportamental, que por fim culpabiliza a vítima, o doente, posteriormente a compreensão do conceito evoluiu. Nesse novo conceito de promoção da saúde, o processo saúde-doença é visto como resultado das condições de vida, por isso da determinação social.

Promoção da saúde aponta para duas estratégias que se complementam: a primeira é o empoderamento, que poderia levar o indivíduo à autonomia e ao autocuidado, se não fosse desenvolvida a partir de uma educação vertical e prescritiva. A segunda estratégia é a construção de cidades saudáveis.

Na mitologia grega, Sísifo recebe um castigo de Zeus: empurrar uma pedra montanha acima todos os dias, por toda a eternidade. Assumindo isso como metáfora, o indivíduo também deve empurrar sua pedra (a saúde), mas a promoção da saúde pode fortalecer-lo, para que ele consiga alcançar melhores níveis de saúde - empoderamento. Em outro sentido da metáfora, a promoção da saúde pode reduzir a altura e a inclinação da montanha, para que ele consiga empurrar mais facilmente sua pedra - construção de territórios saudáveis (Lima, 2013).

A construção de cidades saudáveis como estratégia de promoção da saúde tem sido desenvolvida na Europa, desde 1988, a partir da criação da Rede Europeia de Cidades Saudáveis, promovida pela OMS. A rede tem como objetivo colocar a saúde nas agendas sociais e políticas dos países e das cidades ("saúde em todas as políticas"), promovendo políticas e ações em prol da saúde em nível local, a partir de uma governança intersetorial e participativa, além de promover a solidariedade, a cooperação e a relação de solidariedade entre as cidades, e parcerias com as agências que lidam com as questões urbanas (WHO, 2013).

Em 2018, a OMS realizou em Copenhague, Dinamarca, uma reunião com líderes políticos e prefeitos de cidades da Rede Europeia de Cidades Saudáveis sob o tema "Healthier and happier cities for all". A Rede Europeia de Cidades Saudáveis contava, nessa data, com mais de 1000 cidades e vilas saudáveis e mais de 30 redes nacionais registradas. Nessa reunião, que celebrava os 30 anos de fundação da rede, foram discutidos os alvos e as metas para os próximos anos, até 2030.

Os prefeitos reunidos marcaram uma posição, de que a saúde e o bem-estar se promovem por meio da governança, porém não sem participação social, a partir da ampliação da equidade e da prosperidade da comunidade.

Os compromissos assumidos nessa reunião indicaram que a cidade saudável lidera pelo exemplo: (1) agindo em conjunto para melhorar a saúde e o bem-estar de todos os que vivem, amam, aprendem, trabalham e se divertem em nossas cidades; (2) enfatizando o desenvolvimento social e priorizando o investimento nas pessoas para melhorar a equidade e a inclusão, por meio da aprimoramento do poder e da governança; (3) estabelecendo ambientes alinhados sociais, físicos e culturais para criar um lugar que seja ativamente inclusivo e facilite a busca da saúde e o bem-estar para todos; (4) garantindo a participação de todos os indivíduos e comunidades nas decisões que os afetam e afetam os lugares; (5) buscando a prosperidade da comunidade ampliada e recursos fortalecidos por meio da governança baseada em acesso aos bens comuns e serviços; (6) promovendo a paz por meio de sociedades inclusivas que se concentram em lugares, na participação, na prosperidade e no planeta, enquanto colocam as pessoas no centro de todas as políticas e ações; (7) garantindo que a proteção do planeta esteja no centro de todas as políticas da cidade, internas e externas; (8) comprometendo-se a agir coletivamente com outras cidades na Europa e globalmente, com foco nas pessoas, na participação, na prosperidade, no planeta, em lugares e na paz, para a saúde de todos, para atender às demandas urgentes e transformadoras da agenda 2030 (WHO, 2018).

A manutenção dessa rede de cidades saudáveis na Europa, durante todo esse tempo, é uma coisa digna de ser ressaltada, mesmo que lá, o Estado de Bem-Estar Social, também esteja sendo atacado pelo economia global neoliberalizante.

Outro ponto a ser destacado é o que põe em realce a ideia de políticas públicas saudáveis, seguindo as definições da Conferência Internacional de Saúde de Adelaide (1988), ou seja, “saúde em todas as políticas”,

para modificar os contextos relacionados aos modos de viver, às condições de trabalho, à habitação, ao ambiente, à educação, ao lazer, à cultura, ao acesso a bens e a serviços essenciais. A proposta da construção de cidade saudável pode partir do setor saúde, mas não se sustenta a não ser pela intersetorialidade.

Na América Latina, há uma experiência que vale a pena ser mencionada: o Programa Nacional de Ciudades, Municipios y Comunidades Saludables, do Ministério da Saúde, que mobiliza 1148 municípios.¹ Esse programa visa mobilizar, capacitar e investir em ações intersetoriais para a saúde, conforme diretrizes da OMS. Vale destacar que a rede se organiza em níveis de acreditação que partem desde a adesão do município na rede até a certificação de município saudável, em quatro níveis de acreditação. Para ascender aos níveis de acreditação, os municípios devem comprovar o cumprimento de metas, entre elas, a elaboração de planos de ação de prevenção e de promoção da saúde, análise de situação de saúde local, e também a criação de sala de situação de saúde para monitoramento e avaliação das ações e projetos do município (Argentina, 2018).

Entretanto, os reveses políticos que levaram a Argentina para uma profunda crise econômica colocam esse programa, bem como os princípios voltados para a saúde e o bem-estar da população em xeque, especialmente pelo avanço do discurso e da agenda neoliberal do governo.

Nos anos de 1990, o Brasil experimentou iniciativas para a construção de cidades saudáveis na região Nordeste, nos estados do Rio Grande do Norte, Alagoas, Paraíba, Ceará e Pernambuco. Em 2000 foi criado o Cepedoc - Cidades Saudáveis pelo Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, trabalhando em pesquisa, capacitação, intervenção e avaliação de políticas e ações em promoção da saúde. Em 2003, a Universidade Estadual de Campinas ajudou a criar a Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis, com o apoio técnico da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas), com participação de 40 municípios membros em cinco estados: São Paulo,

¹ Dados de dezembro de 2017.

Minas Gerais, Rio de Janeiro, Amazonas e Paraná (Lima; Costa, 2013; Opas, 2011; Westphal, 1997, 2000).

Excetuando tais experiências isoladas, não há qualquer iniciativa para construção de cidades saudáveis na política nacional de saúde. Ainda que haja trechos que explicitem a construção de cidades saudáveis como princípio, não há nenhum projeto ou programa governamental que execute tal política (Brasil, 1990; 2013; Lima, 2013).

Ainda assim, seria bom lembrar o que o Plano Nacional da Atenção Básica (PNAB) diz sobre a integralidade do cuidado, que é um princípio importante para pensar a construção de cidades saudáveis: “a atenção básica à saúde deve ser ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde” (Brasil, 2017).

A expressão “de acordo com suas necessidades e demandas do território” (Brasil, 2017) nos remete à integralidade da atenção, a partir de duas dimensões, uma individual e outra coletiva. A primeira dimensão, a individual, refere-se aos problemas e necessidades de saúde do indivíduo, que são mais que tratamento e cura das doenças, em todos os níveis de complexidade, mas inclui também a redução dos riscos e das vulnerabilidades que afetam a sua saúde. A segunda dimensão, que é coletiva, refere-se às demandas do território, ou seja, o que se requer do território para que o melhor da saúde do indivíduo seja possível. Mas, é bom lembrar que o território da saúde não é aquele do higienismo do século XIX, mas deve ser compreendido como uma totalidade, expressa por contextos de vida, historicamente e socialmente produzido.

O Planejamento Estratégico Situacional

Para que haja cidades saudáveis, é preciso planejá-las e agir de maneira planejada todos os dias. Não haverá cidades saudáveis a partir de ações pontuais e de intenções que não acompanhem um processo de planejamento sólido e de ações coordenadas. Porém, como já apresentado no texto, o planejamento não deve seguir a velha lógica modernista, que desconsidera a construção histórica e social do espaço urbano. Ao contrário, o planejamento deve

ser democrático, comprometido com a saúde e a justiça social, ou seja, um planejamento das/para as pessoas, na lógica da governança intersetorial e com participação social, o que remete ao Planejamento Estratégico Situacional (PES), metodologia para a gestão governamental criada por Carlos Matus (Teixeira, 1995).

O PES instrumentaliza uma proposição intersetorial de trabalho, consoante com a máxima “saúde em todas as políticas”. Matus defende que a vida não se organiza em setores ou secretarias, mas em torno de problemas. Da mesma maneira, a fim de solucionar os problemas de saúde da vida real, a questão deve ser enfrentada com ação intersetorial (Artmann, 2000; Huertas, 2006; Matus, 1994, 1998).

Outra grande contribuição do PES para a construção de cidades saudáveis é a incorporação do conceito de apreciação situacional como base de informações para o plano. No planejamento normativo, o diagnóstico técnico é a base para o plano de ações, isto é, toda a elaboração do planejamento está embasada apenas no diagnóstico, quase sempre tecnocrata e enviesado. No PES, a apreciação situacional substitui o diagnóstico técnico, que deve ser apenas base para o desenvolvimento da apreciação situacional, que deve ter abordagem participativa, com o envolvimento dos atores sociais no processo de planejamento (Artmann, 2000; Artmann; Azevedo; Sá, 1997).

A apreciação situacional da saúde com a participação da sociedade civil, em torno de problemas da vida real do cotidiano da vida, permite uma análise mais aprofundada que os diagnósticos técnicos, uma vez que contemplam visões acerca do problema que talvez sejam desconhecidas pelo corpo técnico, além de expressar de maneira plural as interpretações e anseios de todos acerca da questão (Carazatto, 2000; Huertas, 2006; Matus, 1994).

Para a identificação do problema, o PES propõe uma metodologia que pacifica o conceito de problema. Esvaziando-se da ideia que permeia o senso comum, o problema de planejamento não é necessariamente uma emergência ou dano atual, mas potencialidades e fragilidades, ameaças e oportunidades. Sendo assim, problema do planejamento é aquilo para qual o plano é desenvolvido, a resolução desse problema (Huertas, 2006; Matus, 1994).

A descrição do problema orienta a estrutura do planejamento, todas as suas características, de maneira a evidenciar os nós críticos, que são questões que, quando solucionadas, alteram drasticamente o quadro geral do problema, isto é, são os pontos cruciais para a intervenção. Vale destacar que somente são consideradas nós críticos as questões que são passíveis de intervenção prática, ou seja, politicamente e economicamente viáveis (Huertas, 2006; Matus, 1994).

A partir do plano, a cidade saudável não pode ser uma distopia desgarrada da realidade, principalmente por estar relacionada à construção histórica e social do espaço urbano, e mais, deve-se identificar os nós críticos para direcionar os recursos para aqueles que trarão grande benefício para todos, não apenas para alguns, e por isso reforça-se a importância da apreciação situacional.

Acerca da construção do plano, uma vez que se baseia não somente em um diagnóstico, ele tem como marco epistemológico o modelo da incerteza rígida. Isso significa que o plano assume que não há condição de se enumerar e analisar todas as variáveis que compõem a realidade, e muito menos prever todas as possibilidades de resultado, não sendo isso um impedimento ao planejamento.

Tal compreensão está de acordo com a crítica feita à epidemiologia dos fatores de risco, que busca reduzir a realidade em fatores preditivos baseados em modelos estatísticos. A partir disso, o PES pode ser considerado uma ferramenta condizente com a teoria da determinação social da saúde, baseada no materialismo histórico e dialético, que considera a profunda complexidade da realidade enquanto uma totalidade (Almeida-Filho; Coutinho, 2007; Matus, 1994; Santos, 2017).

Ainda, o PES contribui na construção de cidades saudáveis enquanto metodologia de planejamento, pois considera um aspecto vital desse processo a viabilidade política. É necessário que se faça tanto um grande esforço para a viabilização do projeto quanto para a elaboração do plano. O componente estratégico na metodologia carrega tal sentido, o de tornar o plano possível. É comum na elaboração de políticas públicas a elaboração de planos extensos e detalhados que nunca são implementados, principalmente por não considerarem essa questão (Costa, 2013; Huertas, 2006; Lima; Costa, 2013)

Por fim, mais uma contribuição do PES é a preocupação com a execução e a avaliação do plano. É necessário que haja um processo contínuo, ininterrupto entre os momentos de planejamento e a ação diária. Planejar e agir devem ser um par dialético indissociável, sempre acompanhado de avaliação do que foi feito. Portanto, construir-se-ão cidades saudáveis todos os dias, de maneira planejada e coordenada (Artmann, 2000; Matus, 1994).

Considerações finais

No Brasil, e porque não dizer na América Latina, a construção de cidades saudáveis nunca passou de uma utopia desenvolvida no debate acadêmico, porque não fez parte da agenda política dos países, a não ser em curtos momentos em que a conjuntura política vislumbrava a adoção do Estado de Bem-Estar Social, que nunca se concretizou, por causa do neoliberalismo.

Mesmo na Europa, onde programas de construção de cidade saudáveis se consolidaram como agenda governamental, por meio da Rede Europeia de Cidades Saudáveis, naqueles países em que o Estado de Bem-Estar Social floresceu, a agenda neoliberal tem desconstruído a ideia da gratuidade e da universalidade do acesso aos serviços de saúde. E, ainda, a maioria dos programas de cidades saudáveis tem priorizado uma promoção da saúde voltada para a adoção de estilos de vida e comportamentos saudáveis em vez da construção de territórios saudáveis.

Uma possibilidade concreta de construir cidades saudáveis no Brasil seria desenvolver ações de promoção da saúde para territórios saudáveis nas áreas de abrangência das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), usando o princípio da integralidade, na forma preconizada pela PNAB, chamando a intersetorialidade e a participação social para reconhecer os problemas de saúde da população. Para isso, o PES deve ser incorporado como metodologia de planejamento sob a teoria da determinação social.

O PES pode contribuir para o fortalecimento das políticas públicas de saúde, e para a construção de cidades saudáveis pela instrumentalização de um processo de planejamento democrático e inclusivo.

O desafio é construir cidades saudáveis para todos e não para alguns, cidades mais justas e menos iníquas, territórios de inclusão e não de segregação. Mas o setor de saúde sozinho não é capaz de construir a cidade saudável, a não ser na intersetorialidade, o que demanda integração de políticas e planejamento.

Referências

- ALMEIDA-FILHO, N.; COUTINHO, D. Causalidade, contingência, complexidade: o futuro do conceito de risco. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 95-137, 2007.
- ARGENTINA. Ministerio de la Salud. Dirección de Municipios y Comunidades Saludables. *Boletín* nº 12: información general, noticias, iniciativas y lanzamientos. Buenos Aires, 2018. v. 12.
- ARTMANN, E. O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial. In: DESENVOLVIMENTO local. Rio de Janeiro: Oficina Social, 2000. p. 98-119. (Cadernos da Oficina Social, 3).
- ARTMANN, E.; AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C. Possibilidades de aplicação do enfoque estratégico de planejamento no nível local de saúde: análise comparada de duas experiências. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 723-740, 1997.
- BARBOSA, J. L. A cidade do devir na utopia de Thomas Morus. *Geographias*, Niterói, v. 5, n. 10, p. 25-43, 2003.
- BARROS, J. D. A. Charles Fourier, os falastrários e a crítica à civilização industrial. *RIPS*, Santiago de Compostela, v. 15, n. 2, p. 223-238, 2016.
- BENCHIMOL, J. L. *Pereira Passos, um Haussmann tropical*: a renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, 1992.
- BRASIL. Lei nº 8.080, 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*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.
- BRASIL. Lei nº 12.864, de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 set. 2013. Seção 1, p. 5.
- BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 22 set. 2017. Seção 1, p. 68.
- CAPPELLETTI, A. J. *Utopías antiguas y modernas*. Puebla: Ed. José M. Cajica Jr., 1966. Disponível em: <<https://bit.ly/3objAQx>>. Acesso em: 5 jun. 2020.
- CARAZATTO, J. *Planejamento público: a contribuição teórico-metodológica de Carlos Matus*. 2000. 216 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.
- CHALHOUB, S. *Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial*. São Paulo. Companhia das Letras, 1996.
- CHASLES, V. Saúde urbana e higienismo, o exemplo da França. *Revista do Instituto de Estudos Brasileiros*, São Paulo, n. 64, p. 65-74, 2016.
- COSTA, A. C. S.; ARGUELHES, D. O. A higienização social através do planejamento urbano de Belo Horizonte nos primeiros anos do século XX. *Universitas Humanas*, Brasília, DF, v. 5, n. 1-2, p. 109-137, 2008.
- COSTA, M. C. L. O discurso higienista definindo a cidade. *Mercator*, Fortaleza, v. 12, n. 29, p. 51-67, 2013.
- ENGELS, F. *A situação da classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Boitempo, 2015.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2000.
- GUIMARÃES, R. B. Planejamento urbano saudável: parâmetros de análise da experiência.

- Caderno Prudentino de Geografia*, Presidente Prudente, v. 25, n. 1, p. 63-75, 2003.
- HUERTAS, F. *Planificar para gobernar: El método PES*, Entrevista a Carlos Matus. Buenos Aires: Universidad Nacional de La Matanza, 2006.
- LALONDE, M. *A new perceptive on the health of Canadians: a working document*. Ottawa: Ministry of Health and Welfare, 1974.
- LIMA, S. C. Promoção da saúde a partir de contextos territoriais. In: REMOALDO, P. C.; NOGUEIRA, H. (Org.). *Desigualdades socioterritoriais e comportamentos em saúde*. Lisboa: Edições Colibri, 2013. p. 31-46.
- LIMA, S. C.; COSTA, E. M. (Org.). *Construindo cidades saudáveis*. Uberlândia: Assis, 2013.
- MARTINS JÚNIOR, C.; OLIVEIRA NETO, A. F. Representações do “caos urbano” e o sentido das reformas nas metrópoles brasileiras da Bélgica. *História e Perspectivas*, Uberlândia, v. 29, n. 55, p. 313-340, 2016.
- MATUS, C. *El PES en la práctica*. Caracas: Fundación ALTADIR, 1994.
- MATUS, C. *Teoría de la producción y el juego social*. Isla Negra: Altadir, 1998.
- MORUS, T. *A utopia*. Tradução: Paulo Neves. São Paulo: L&PM Pocket, 1997.
- NYGAARD, P. D. *Planos diretores de cidades: discutindo sua base doutrinária*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005. 288 p.
- OLIVEIRA, B. J. A Ciência nas utopias de Campanella, Bacon, Comenius, e Glanvill. *Kriterion*, Belo Horizonte, n. 106, p. 42-59, 2002.
- OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Políticas integradas em rede e a construção dos espaços saudáveis: boas práticas para a iniciativa do rostos, vozes e lugares*. Brasília, DF, 2011.
- PLATÃO. *A República*. Organização: Daniel Alves Machado. Brasília, DF: Kiron, 2012.
- RICHARDSON, B. *Hygeia, a city of health (Classics Revisited - 1876)*. *Hygeia*, Uberlândia, v. 1, n. 1, p. 3-17, 2005.
- SANTOS, M. *A natureza do espaço*. São Paulo: Edusp, 2017. 388 p.
- TEIXEIRA, C. F. Planejamento e programação situacional em distritos sanitários: metodologia e organização. In: MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1995. p. 237-265.
- WESTPHAL, M. F. Municípios saudáveis: aspectos conceituais. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 9-18, 1997.
- WESTPHAL, M. F. O movimento de municípios saudáveis e a conquista da qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. p. 39-51, 2000.
- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Rede europeia de cidades saudáveis da OMS - Fase VI (2014-2018) da Rede Europeia de Cidades Saudáveis da OMS: objetivos e requisitos*. Copenhague, 2013.
- WHO WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Healthier and happier cities for all: a transformative approach for safe, inclusive, sustainable and resilient societies*. Copenhagen Consensus of Mayors. Copenhagen, 2018. Disponível em: <<https://bit.ly/36YciBo>>. Acesso em: 14 maio 2020.

Contribuição dos autores

Os autores contribuíram com todas as etapas do manuscrito, discutindo, escrevendo e revisando o texto.

Recebido: 07/02/2020

Aprovado: 15/04/2020