

Territórios (in)justos na saúde: uma reflexão sobre o conceito de governança territorial na saúde

GONÇALO SANTINHA

RESUMO

É paradoxal o debate que se observa em Portugal em torno do setor da saúde. Por um lado, advoga-se o Serviço Nacional de Saúde como garante da qualidade de vida e bem-estar dos cidadãos e enaltece-se a evolução verificada no país desde a sua criação. Por outro lado, critica-se o papel do Estado na provisão e gestão dos serviços de saúde, defendendo-se uma alteração do modelo existente. Comum neste debate é a atenção que é dada aos cuidados de saúde em sentido estrito e aos problemas associados, quer à sustentabilidade financeira do sistema de saúde, quer à relação

do utente com os serviços de saúde, colocando de lado o debate (ainda) necessário sobre as desigualdades na saúde (tanto na distribuição de determinantes da saúde, como no estado de saúde) e que estas decorrem, em grande medida, de características sociais e económicas geograficamente distintas e de políticas que não se centram exclusivamente no setor da saúde. O objetivo deste texto é precisamente contribuir para o alargamento deste debate, realçando a importância que o território ocupa na procura de uma maior justiça social no domínio da saúde.

PALAVRAS-CHAVE

Saúde · Justiça social

· Justiça espacial

· Governança em saúde

· Governança territorial

ABSTRACT

The healthcare debate in Portugal in the last decade has been witnessing, to some extent, two different urgings. On the one hand, the National Health Service is advocated as a supporter of the quality of life and well-being of citizens and, as such, its existence must be maintained as a pillar of the country's development. On the other hand, the role of the State in the provision and management of health services is criticized, demanding accordingly a change of the existing model. Both arguments, nevertheless, tend to focus more on healthcare *per se* and its problems relat-

ed both to the financial sustainability of the health system and to the lack of patients' empowerment, and much less on the persisting health disparities, which can exist across many determinants, such as gender, age, socioeconomic status and geographic location, and may also be a result of other policies outside the boundaries of the health sector. The purpose of this paper is precisely to contribute to the widening of this debate, emphasising the importance of including a territorial perspective in health policy making to attain a greater social justice.

KEYWORDS

Health · Social justice · Spatial
justice · Health governance
· Territorial governance

Territórios (in)justos na saúde: uma reflexão sobre o conceito de governança territorial na saúde

GONÇALO SANTINHA

Professor Auxiliar

Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território da Universidade de Aveiro
Unidade de investigação em Governança, Competitividade e Políticas Públicas (GOVCOPP)
da Universidade de Aveiro

INTRODUÇÃO

É hoje amplamente reconhecido o papel que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) teve e tem na sociedade portuguesa, consolidando a perceção da sua existência enquanto garante dos valores de acesso e da solidariedade social. O debate, porém, tem-se centrado continuamente, com maior ênfase apesar de tudo desde o início desta década, na sua viabilidade, com as questões económico-financeiras e a sustentabilidade do sistema a dominar a atenção, quer no meio político (com ambiciosos planos de controlo da despesa), quer na arena académica (com a defesa de novos modelos de gestão das instituições de saúde associados a uma alteração do papel das políticas públicas neste domínio). Não é de estranhar, por isso, a permanente fricção amplamente difundida pelos meios de comunicação social entre algumas decisões políticas e as expetativas, quer por parte de diversos agentes direta e indiretamente ligados ao setor da saúde, quer e sobretudo por parte dos cidadãos, advogando estes a necessidade de se continuar a garantir os traços que sempre marcaram a responsabilidade pública do SNS. E é natural que esta tensão exista, pois a saúde é um tema que desperta inquietações legítimas e a procura de mais e melhores cuidados prestados às populações.

Diz o artigo 64º da Constituição da República Portuguesa (VII revisão constitucional, 2005) que todos têm direito à proteção da saúde através de

um serviço nacional de saúde universal e geral e tendencialmente gratuito. A interpretação e a aplicação deste direito, que na prática advoga o princípio de justiça social, têm, porém, sido alvo de discussão política e mediática na conjuntura acima referida. Refira-se, a título de exemplo, a atual revisão da Lei de Bases da Saúde cuja proposta de lei se encontra em discussão pública e que decorre, em grande medida, do debate iniciado por Arnaut e Semedo em 2017 com o posterior lançamento do livro “Salvar o SNS: uma nova Lei de Bases da Saúde para defender a Democracia”. Nesse mesmo ano, o Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2017) chamava a atenção para o facto de, apesar das melhorias observadas no estado de saúde da população, as desigualdades em saúde relacionadas com as dimensões de género, territoriais e socioeconómicas se manterem. Com efeito, a avaliação efetuada pelo observatório à evolução das desigualdades no acesso e na utilização de cuidados de saúde em Portugal revelou que as barreiras no acesso aos cuidados de saúde permanecem relevantes e marcadas do ponto de vista socioeconómico.

Simultaneamente, são várias as orientações nacionais e internacionais que sublinham a importância de reforçar a ideia de governança em saúde de forma a tomar decisões que contribuam para uma melhoria da saúde e bem-estar da população e a redução das desigualdades em saúde. A estratégia Saúde 2020 da OMS (2014), que se afigura como o quadro de referência para as políticas europeias de saúde, e o Plano Nacional de Saúde 2012-2016, com revisão e extensão a 2020, constituem exemplos da ascensão da narrativa em torno deste desígnio. Curiosamente, outros dois documentos com destaque nacional no domínio da saúde alertam para o facto do próprio conceito de governança em saúde e da sua operacionalização serem bastante divergentes na literatura especializada. Embora esta discussão não seja exclusiva da área da saúde (ver *inter alia* Ferrão, 2015), os autores do relatório “Saúde e Governança em Portugal”, publicado pelo Ministério da Saúde no final de 2015, justificam esta ausência de conceito pelo facto de se tratar do produto de uma realidade em evolução, acabando, porém, por assumir o conceito proposto por Hyden (2002) “que evidencia a vertente sistémica da Governança, como rede (formal e informal) de interações e interdependências entre os diferentes actores” (Monteiro et al, 2015:37). Por seu turno, o mais recente Relatório de Primavera do Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2018), que em bom rigor opta pela terminologia de ‘governança’, e embora reconhecendo que esta engloba várias dimensões, centra o seu discurso na governança hospitalar.

Os comentários que se seguem procuram contribuir para o debate sobre a governança em saúde, não só posicionando-a enquanto peça essencial na diminuição das desigualdades em saúde, mas indo para além da sua visão tipicamente setorial e *aterritorial*. Para tal, o texto encontra-se organizado em quatro partes. Na primeira procura-se revisitar e sublinhar as bases de um dos princípios fundamentais subjacentes aos processos de tomada de decisão em políticas públicas: a justiça social. A discussão em torno deste conceito ajuda a refletir sobre as disparidades na saúde e sobre a importância de se adotar uma visão mais ampla na forma como se tomam decisões neste contexto. Na segunda parte introduz-se um fator adicional a esta discussão: o território. Tendo por base a ideia de que o estado de saúde das populações evidencia padrões espaciais cuja ocorrência se associa a questões sociais, culturais e económicas que caracterizam o local onde os indivíduos vivem e/ou trabalham, avança-se com a ideia de justiça espacial, complementando assim a discussão efetuada no ponto anterior. Assume-se, portanto, que as políticas de saúde, ao adotarem a justiça social como princípio normativo, devem ser formuladas de acordo com as características que pautam cada contexto territorial. Na terceira parte centra-se a atenção precisamente no modo como as políticas de saúde são formuladas, isto é, nos intervenientes, nos instrumentos e nas escalas de intervenção que pautam os processos de tomada de decisão. Por outras palavras, introduz-se o conceito de governança e caracteriza-se a forma como este tem sido aplicado ao domínio da saúde. Realçando-se, uma vez mais, que as características do contexto territorial podem ser preponderantes nas políticas formuladas e nos processos de tomada de decisão, na quarta e última parte avança-se com o conceito de governança territorial, lançando-se pistas sobre as vantagens da sua utilização no domínio da saúde.

JUSTIÇA SOCIAL ENQUANTO PRINCÍPIO NORMATIVO NA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

“Everybody is in favour of social justice, almost by definition”, referem Burchardt e Craig (2008) no capítulo introdutório do livro *Social Justice and Public Policy*. No prefácio do livro *A ideia de Justiça*, por outro lado, Sen (2010) recorre à obra *Grandes Esperanças* de Charles Dickens para recordar que não há nada que seja mais percebido e sentido do que a injustiça. Sendo uma das principais razões que justificam a intervenção pública, a ideia de justiça (ou, colocado pelo lado inverso, a ideia do que é injusto), as prioridades para atuar

em conformidade e as políticas públicas necessárias para tal variam, porém, substancialmente. Aliás, há aproximadamente dois séculos e meio, em *The Theory of Moral Sentiments*, Adam Smith (2002) fez notar que o termo *justiça* apresenta significados distintos. A este propósito, Burchardt e Craig (2008) apresentam o caso inglês para exemplificar diferentes formas de conceber a justiça social. Os autores referem que, em 2007, as recomendações do *grupo de políticas de justiça social* do partido conservador inglês reforçavam a ideia de *sociedade de bem-estar* (em contraponto ao *Estado de bem-estar*) como forma de centrar as políticas nos mais carenciados e apelar à caridade junto de organizações não-governamentais ou de quem mais pode contribuir. A lógica subjacente é a de que as pessoas devem assumir as consequências dos seus atos, cabendo ao Estado o papel de as auxiliar a tomar as opções mais corretas e não de lhes resolver os problemas, já que um papel interventivo do Estado neste domínio tende a exacerbar os problemas e não a solucioná-los. Como segundo exemplo, os autores recuam dez anos e apontam o caso da *comissão de justiça social* do partido trabalhista britânico. Para essa comissão, a justiça social baseia-se em direitos (em vez de caridade), na sociedade como um todo (e não só nos mais necessitados) e numa forte intervenção do Estado enquanto ator principal para fazer face aos problemas inerentes às desigualdades existentes.

Os exemplos apontados envolvem considerações valorativas diferentes e conduzem a conclusões distintas sobre como atuar perante determinadas injustiças. Estas diferenças baseiam-se, em grande medida, em fundamentos teóricos diferentes sobre o que é desejável e exequível numa sociedade. É, contudo, amplamente referido na bibliografia que o debate em torno da ideia de justiça social fica marcado pelo trabalho realizado por John Rawls, quer na sequência do estudo pioneiro que lança em 1958 – *Justiça como Equidade* –, quer sobretudo no âmbito da obra *Uma Teoria da Justiça* que, publicada em 1971, consistiu na referência clássica para os debates que, desde então, se têm efetuado em torno desta temática. De uma forma geral, Rawls procurou estabelecer os princípios morais que devem estar na base de uma sociedade justa. Neste contexto, justiça consiste na forma como as principais instituições sociais distribuem os direitos e deveres fundamentais e determinam a divisão de vantagens decorrentes da cooperação social.

Segundo Rawls, uma sociedade é justa se atender a dois princípios, frutos de um acordo unânime. O primeiro princípio, que garante liberdades individuais fundamentais, afirma que “cada pessoa deve ter um direito igual ao mais

amplo sistema de liberdades básicas iguais que seja compatível com um sistema semelhante de liberdade para todos”.

Já o segundo, que assegura que as desigualdades sociais e económicas são distribuídas de forma a proporcionarem o maior benefício possível aos menos favorecidos, embora mantendo uma igualdade de oportunidades (Kukathas e Pettit, 2005), diz *“as desigualdades económicas e sociais devem ser distribuídas por forma que, simultaneamente: a) redundem nos maiores benefícios possíveis para os menos beneficiados, de uma forma que seja compatível com o princípio da poupança justa; b) sejam a consequência do exercício de cargos e funções abertos a todos em circunstâncias de igualdade equitativa de oportunidades”.* Ora, a última parte deste segundo princípio, designado por *princípio da diferença*, centra-se na ideia da equidade distributiva. No âmbito desta equidade na distribuição de recursos, Rawls invoca o que ele designa por *bens sociais primários* e que constituem *“meios de carácter geral aptos a permitir alcançar fins diversos (quaisquer recursos que, em geral, se mostrem prestáveis para que as pessoas possam obter o que precisam, por muito variadas que possam ser estas precisões)”* (Sen, 2010:107).

Fazem parte destes os bens que todas as pessoas presumivelmente necessitam, independentemente da sua conceção de qualidade de vida, nomeadamente a liberdade, as oportunidades, o rendimento e a riqueza e as bases do respeito de si mesmo.

É certo que o trabalho desenvolvido por Rawls deu lugar a um conjunto de críticas sobre o conceito que avança de justiça social, designadamente das correntes libertárias mais clássicas (e.g. Nozic, 1974) ou do comunitarismo (e.g. Sandel, 1982), no primeiro caso condenando o realce que Rawls atribui à questão da equidade (o que significa que Rawls permite que o Estado cometa *infrações* redistributivas) e, no segundo, questionando veemente as premissas básicas de que Rawls parte, em que as pessoas são independentes dos seus interesses e afetos particulares (ou seja, para esta corrente, Rawls anda erradamente à procura de princípios universais que sirvam de solução para problemas generalizáveis).

Um outro tipo de críticas ao trabalho desenvolvido por Rawls surge, porém, mais na forma como este discute a teoria da justiça, procurando encontrar a *perfeição* – leia-se, a sociedade justa – ao invés de tentar discutir critérios no âmbito de uma moldura comparativa para se encontrar uma alternativa *menos injusta*. Com efeito, este é o ponto de partida de Sen (2010) em *A ideia de Justiça*, em que faz a distinção entre a *perspetiva transcendental*, que se

mostra alinhada com a tradição mais forte, e a *comparação centrada em realizações*. Independentemente da perspectiva a adotar, um ponto central para um adequado entendimento da justiça é o de que a sua procura está ligada à ideia de equidade e, como menciona o próprio Sen (2010), em certo sentido terá de derivar dela. Embora o conceito de equidade apresente, também, um carácter subjetivo, sujeito por isso a várias interpretações, o debate tende a enfatizar a importância de se considerar a equidade na distribuição de recursos/serviços numa ótica de necessidades (ver *inter alia* Lucy, 1981; Nicholls, 2001). Globalmente, defende-se que aqueles que mais precisam de determinados bens/serviços devem ter prioridade.

No que respeita ao caso específico da saúde, a questão das disparidades há muito que é abordada, incorporando nas análises concetuais a dimensão da justiça social com a preocupação geral de se ir ao encontro das necessidades dos cidadãos na prestação de cuidados. Do ponto de vista institucional, são vários os marcos que a bibliografia aponta como sendo fundamentais no âmbito da discussão em torno do conceito de equidade (ver *inter alia* Fee e Gonzalez, 2017). Neste contexto, destaque-se o papel desempenhado pela OMS, nomeadamente através da conferência de Alma-Ata da OMS em 1978, que estabelece implicitamente a equidade enquanto prioridade para todos os países no âmbito da “saúde para todos”, ou do documento lançado na sequência dos Objetivos de Desenvolvimento do Milénio da ONU de 2005, dedicando um capítulo a sistemas de saúde equitativos. Nesta linha de atuação, o mais recente Plano de Ação Global para Vidas Saudáveis e o Bem-estar (OMS, 2018) reafirma a importância da procura de uma maior equidade enquanto peça essencial para o alcançar dos atuais Objetivos de Desenvolvimento do Milénio da ONU. Já do ponto de vista académico, importa fazer referência aos trabalhos desenvolvidos por Whitehead (1992) e Braveman (2011), que procuraram articular, definir e explicar os conceitos de disparidades e equidade na saúde. De uma forma geral, estas autoras sublinham que abordar a equidade implica o reconhecimento de que todos devem ter uma oportunidade justa para atingirem o seu potencial de saúde, remetendo, portanto, a análise para o campo político e incorporando valores morais e éticos. Por isso mesmo, equidade na saúde é normalmente considerada numa dupla perspectiva (Starfield, 2001): horizontal (pessoas com necessidades semelhantes devem ser tratadas de forma análoga) e vertical (pessoas com diferentes necessidades devem ser tratadas de forma distinta em proporção com as respetivas diferenças). Por outras palavras, *igualdade para necessidades análogas* e *diferenciação para*

necessidades distintas. Está, pois, aqui subjacente uma lógica de discriminação positiva face aos que mais necessitam.

DA JUSTIÇA SOCIAL À JUSTIÇA ESPACIAL NA SAÚDE

De acordo com a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde, de 1986, a saúde é desenvolvida e sentida pelas populações em todos os contextos da vida quotidiana. Fatores como a habitação, a alimentação, as relações humanas, o emprego e a segurança, entre outros, produzem impacto na saúde das populações e são frequentemente associados às disparidades na sua saúde na medida em que a sua distribuição, quantidade e qualidade não se encontra de forma homogênea no território (Potvin, 2017). Por outro lado, os fatores de morbilidade e mortalidade não surgem também de forma análoga no território, ou seja, evidenciam padrões espaciais cuja ocorrência se associa a questões sociais, culturais e económicas que caracterizam o local onde as pessoas vivem e/ou trabalham (Santana, 2005).

É certo que a questão das disparidades tem constituído uma das principais preocupações inerentes às políticas públicas – veja-se, por exemplo, o caso da Política de Coesão da UE e a atribuição dos fundos estruturais –, cujas intervenções têm sido, de certa forma, ancoradas no desenvolvimento de estratégias de promoção de justiça social. A associação do conceito de justiça social a questões territoriais por autores como Lefebvre (1968; 1996), Harvey (1973; 1996), Young (1990) e, posteriormente, Soja (2010) e Fainstein (2010), veio, contudo, não só contribuir para um aprofundamento da noção de território, que não deve ser encarado simplesmente enquanto objeto inanimado e passivo onde ocorrem processos sociais, como também chamar a atenção para a relação que existe entre esta dimensão e a sociedade. Aliás, é neste contexto que estes autores avançam com a noção de *justiça espacial*, em comum argumentando que a procura de justiça implica perceber, não só a relação dialética entre as condições económicas e sociais de diferentes grupos, mas também a geografia da injustiça, não sendo portanto possível compreender a questão da equidade sem considerar de que forma é que os serviços, as oportunidades e o próprio poder institucional se encontram geograficamente distribuídos.

Reconhecendo, então, que as disparidades territoriais merecem a maior atenção possível, torna-se crucial intervir sobre os territórios de forma distinta se os quisermos mais equitativos, devendo, neste sentido, a distribuição de recursos e serviços (e respetivo acesso) ser considerado um direito hu-

mano básico. Assim sendo, abraçar a problemática associada às disparidades territoriais implica lidar de forma diferenciada as áreas com características geográficas (ecológicas, sociais e económicas) específicas. Incute, portanto, um juízo de discriminação positiva, atribuindo uma dimensão de justiça espacial à política pública e apelando à solidariedade, não só entre cidadãos, mas também entre territórios (Davoudi, 2009). Significa que a ação pública deverá ser diferenciada por uma questão moral e de acordo com as necessidades existentes, tratando de forma diferente realidades que são estruturalmente distintas, pelo que a solução *one-size-fits-all* é insuficiente para lidar com a heterogeneidade territorial existente. A ideia consiste em tirar partido da diversidade e considerá-la enquanto potencial e não como uma ameaça, usando esse potencial para o desenho de uma estratégia apropriada e específica para esse local. Ora, é precisamente sobre os processos de formulação de políticas públicas e de tomada de decisão que se centra o próximo ponto, no qual se avança com o conceito de governança e a sua aplicação ao domínio da saúde.

GOVERNANÇA EM SAÚDE

É extenso o corpo teórico que se debruça sobre a temática da governança no campo das ciências políticas, da sociologia política e das ciências económicas, mas o seu conceito e os contextos onde é aplicado não são consensuais. Emergindo com especial relevo a partir da década de 1990, o debate, apesar de tudo, tem refletido as alterações das condições de governação observadas em diversos estados democráticos, havendo um reconhecimento generalizado de que o termo governança se refere ao desenvolvimento de diferentes formas de atuação em que a fronteira entre os setores público e privado se têm atenuado e a participação no desenho e implementação de políticas públicas deve ser alargada a um leque alargado de atores (Stoker, 2018).

À semelhança de outras áreas de intervenção, também no que respeita aos cuidados de saúde a temática da governança tem sido alvo de debate. E se até à década de 1980 as políticas de saúde eram, na generalidade, marcadas por centralização decisória por parte das administrações centrais, desde então que se tem vindo a verificar ao nível do discurso uma mudança sobre um maior envolvimento de outros níveis de decisão (descentralização) e de outros atores, com especial ênfase na transição do século. Embora na Declaração de Alma Ata, em 1978, e no relatório publicado no ano seguinte, *Health for All by the Year 2000*, já seja visível a defesa de uma visão mais abrangente

das políticas de saúde (no duplo ponto de vista concetual e institucional), os trabalhos desenvolvidos no âmbito da OMS na transição do século têm sido perentórios em apontar sistematicamente a importância da ideia de governança para a eficiência e a equidade dos serviços prestados. Por exemplo, no relatório *Health systems: Improving performance* (OMS, 2000) é referido que uma política de saúde explícita deve ser formulada tendo por base mecanismos de governança que possam delinear prioridades, definir o papel dos diferentes atores, construir uma agenda colaborativa, criar consensos e informar os cidadãos. Mais perto do final da década, é publicado um artigo pela OMS (2009:2150) no qual se realça a importância da governança e a sua complexidade – “*Governance is arguably the most complex but crucial function of any health system*” –, aspeto uma vez mais referido no relatório do ano seguinte e no qual se associa a boa governança ao sucesso de políticas que procurem uma maior equidade e eficiência (OMS, 2010b).

Contudo, apesar do discurso global apontar para a importância das questões de governança nos serviços de saúde, ainda que com um amplo caminho por explorar segundo Pyone et al (2017), a bibliografia não é suficientemente esclarecedora, sendo o debate direcionado em particular para as dicotomias *papel do Estado vs. mercado, centralização vs. descentralização de serviços, reformas na saúde vs. direitos humanos ou mesmo corrupção vs. transparência*. Mesmo assim, e de uma forma geral, o conceito inclui a forma de atuação das instituições tendo por base as regras formais e informais estabelecidas (que, por sua vez, moldam comportamentos) para desempenhar as funções do respetivo sistema de saúde (Siddiqi et al, 2009; Herrera et al, 2017). Inclui, por isso mesmo, preocupações diversas, como sejam a legislação, a participação, a transparência, o financiamento ou mesmo a qualidade dos cuidados.

Pela sua abrangência e clareza de argumentação, importa aqui mencionar o estudo desenvolvido por Siddiqi et al (2009), amplamente citado na bibliografia de referência. Partindo essencialmente de trabalhos elaborados por diversas entidades (OMS, ONU e Banco Mundial), os autores apresentam uma listagem com um conjunto de critérios para aferir a governança na saúde, tanto do ponto de vista da formulação como da implementação de políticas públicas. Na próxima figura encontram-se elencados os principais pontos apresentados no estudo.

Figura 1 | Critérios e questões gerais formuladas para aferir a governança de sistemas de saúde.
Fonte: Elaboração própria a partir de Siddiqi et al (2009)

CRITÉRIO	QUESTÕES GERAIS
Visão estratégica de longo prazo	Qual a importância da saúde nas políticas governamentais? Qual o papel do Estado na prestação de cuidados de saúde? Estão os mecanismos de implementação alinhados com os objetivos da política de saúde?
Participação e consenso	Como são definidas as orientações de política na saúde: a diferentes escalas (aferir o nível de articulação e descentralização, da nacional à local) e entre diferentes atores (aferir a relação Estado/Mercado/Sociedade Civil, bem como articulação interministerial)? Como é solicitada a participação de outros agentes? Como são estabelecidos consensos entre os diferentes atores?
Legislação	Como e por quem é apresentada legislação com impacto na saúde e nos cuidados? Como é a legislação posta em prática nos procedimentos? Que procedimentos existem para lidar com questões de injustiça?
Transparência	Está a informação sobre o financiamento e os procedimentos administrativos disponível? Que mecanismos de monitorização existem para assegurar a transparência dos processos de decisão e afetação de recursos? Quem está envolvido nos processos de monitorização?
Capacidade de resposta às necessidades	É efetuada uma avaliação de necessidades de saúde às populações? É um mecanismo que faz parte dos processos de tomada de decisão? Qual a importância que o Ministério de Saúde atribui à qualidade dos serviços e à satisfação dos utentes? Como responde o sistema de saúde às prioridades regionais e locais?

CRITÉRIO	QUESTÕES GERAIS
Equidade no acesso e no financiamento	Quais as diferenças no acesso a cuidados do ponto de vista do rendimento, género e local de residência? Quais as políticas em curso para lidar com questões de equidade na prestação de cuidados? Como é feita a afetação de recursos?
Eficiência na qualidade de recursos humanos e nos processos de comunicação	Como são feitos os processos de comunicação dentro do sistema de saúde? Como é feita a atualização de competências dos recursos humanos no sistema de saúde?
Responsabilidade	Qual o papel dos media, dos membros eleitos e do sistema judicial? Que mecanismos de inspeção existem para a aferição do cumprimento de regras administrativas e de financiamento? Que factos existem que evidenciem o cumprimento efetivo da atribuição de responsabilidades?
Informação	Que tipo de informação está disponível sobre o sistema de saúde e o quão acessível é? Qual o tipo de informação (e como é) usada nos processos de tomada de decisão? Como é gerada (e por quem) a informação relevante sobre saúde?

Não obstante a natureza dos critérios incluídos nesta listagem ser diversa e abrangente e de haver flexibilidade para incluir questões adicionais, convém fazer referência a duas temáticas relevantes e com papel crescentemente reconhecido na bibliografia que ficaram ausentes da análise: a governança da saúde global e a governança clínica. A primeira temática tem sido amplamente difundida pela OMS e realça as preocupações associadas com o fenómeno da globalização, salientando o facto de muitas decisões no âmbito de políticas da saúde não poderem ser formuladas no âmbito de cada estado-nação, mas *olhando além-fronteiras*. Já a segunda temática, disseminada em particular

por autores como Scally e Donaldson (1998) e Elcoat (2000), surge na sequência das reformas encetadas no final da década de 1990 no sistema de saúde inglês com o intuito de se melhorar a qualidade clínica e começar a promover uma abordagem colaborativa baseada na criação de parcerias entre utentes e prestadores de cuidados e mesmo entre estes últimos.

Da referência a estas temáticas adicionais importa reter duas ideias. Por um lado, a necessidade de estabelecer uma ponte efetiva com o mundo exterior e, assim, considerar o fomento de uma cooperação mais estreita com outras regiões e com instituições de carácter global (não só promovendo intervenções de natureza conjunta e ampla para prevenção e resolução de problemas globais, mas também representando um novo impulso de integração em redes de relacionamento mais vastas). Por outro lado, a importância de promover elos de ligação e de comunicação bidirecional entre os diversos profissionais de saúde e entre estes e os utentes e os gestores hospitalares para melhorar a qualidade e a eficiência dos cuidados prestados. Esta última questão, aliás, tem sido palco de discussão no seio da CE sob o chapéu de *cidadania em saúde*, que diz respeito, quer à capacidade de uma pessoa perceber e usar informação sobre saúde, quer à oportunidade de tomar decisões que influenciam a saúde de forma esclarecida (Dumas, 2010). Uma questão, portanto, transversal e que abrange, não só os cidadãos de uma forma geral (seja do ponto de vista individual procurando medidas de prevenção, seja enquanto paciente, seja ainda como voluntário ou ativista em movimentos sociais), como também os profissionais de saúde (e.g. melhorando o diálogo com os pacientes e reduzindo a diferença de comunicação existente entre o nível clínico e a capacidade de perceção do paciente) e os decisores políticos (e.g. auxiliando a formulação das agendas políticas).

Se é certo que do ponto de vista concetual a noção de governança clínica aposta num nível de cidadania mais elevado, em que os profissionais de saúde e os utentes são considerados agentes participantes ativos nos processos de tomada de decisão e não meros espetadores, não é menos verdade que a ideia dirige-se essencialmente para as instituições prestadoras de cuidados de saúde e para os seus utentes, adotando por isso uma visão estritamente setorial da saúde. Procurando complementar esta perspetiva, mais recentemente as diretrizes na esfera da saúde começaram também a adotar um discurso mais amplo de governança, em muito direcionado para as questões de saúde pública e promoção da saúde. Refira-se, como exemplo, a *Estratégia Saúde 2020* (OMS, 2012) em que associa a noção de governança a uma maior interação

dos órgãos governamentais e da administração pública com outros atores direta e indiretamente envolvidos no setor da saúde. Mas a esta noção mais abrangente de governança em saúde associa-se também a convicção de que importa elevar a importância da saúde na agenda política. Defende-se, assim, que todas as políticas devem considerar os seus efeitos na saúde, formalizando-se a expressão *saúde em todas as políticas*.

Com efeito, a passagem duma visão tipicamente setorial da saúde para esta noção de governança mais multissetorial, em que a formulação e implementação de políticas para a saúde deve articular-se de forma clara com outras áreas de intervenção em relações mutuamente benéficas e de natureza sinérgica, constituiu um passo gigantesco do ponto de vista concetual. A constatação de que outros domínios de intervenção, para além dos cuidados de saúde *per se*, podem influenciar fortemente o estado de saúde das populações veio contribuir fortemente para tal. O trabalho desenvolvido na Finlândia sob o chapéu da *saúde em todas as políticas* é paradigmático e constitui uma referência que importa mencionar como exemplo. Pioneira no panorama europeu, a Finlândia começou a considerar esta visão no final da década de 1970, quando se observou que os indicadores de saúde da população não refletiam os outros níveis de desenvolvimento do país. De acordo com Melkas (2013), embora a reação, então e durante muito tempo, privilegiasse a aposta nos cuidados de saúde *per se*, outras medidas no âmbito da promoção da saúde foram simultaneamente lançadas, visando o envolvimento conjunto dos vários níveis públicos de decisão (designadamente o governo e o poder local) numa lógica intersetorial, quer dentro do próprio setor público (ideia de *whole of government*), quer entre este e o setor privado e o terceiro setor (ideia de *whole of society*).

O caso da Finlândia lança, simultaneamente, pistas para uma questão adicional: uma visão multissetorial não deve envolver simplesmente uma perspetiva macro de articulação com respostas homogéneas e não especializadas; precisa, também, de reconhecer que contextos territorialmente diferenciados implicam intervenções territorialmente distintas. Com efeito, no final da década de 1970, a Finlândia apresentava uma das mais altas taxas mundiais de mortalidade por causas cardiovasculares, com incidência particular na região de North Karelia (Puska et al, 2009). Paralelamente, havia a convicção por parte dos profissionais de saúde de que estas patologias decorriam de um consumo excessivo de gorduras saturadas, do tabagismo e de uma hipertensão arterial. E, de facto, a região apresentava-se como sendo um grande pro-

dutor de carne, manteiga e outros derivados de leite. Peritos finlandeses em conjunto com a OMS lançaram um projeto regional, reconhecendo à partida que, dadas as condições produtivas e climatéricas da região, não bastaria uma campanha de sensibilização junto da população para uma melhoria dos cuidados alimentares. A fase inicial do projeto consistiu em mobilizar os líderes das organizações locais e sensibilizar os produtores locais a reduzirem, quer a percentagem de gordura de alguns produtos, como o leite local e as salsichas, quer o teor de sal de pães e doces. No seguimento, foi efetuada uma reforma da produção local, dominada pela indústria de carne e de produtos lácteos, passando a incluir a produção de óleo de colza e grão como forma de reduzir o consumo de gorduras saturadas. Paralelamente, foi incentivada uma alimentação mais cuidada nas cantinas das escolas e nos menus de muitos locais de emprego. Por fim, implementou-se uma nova lei de saúde pública que enfatizava a promoção da saúde e restringia o consumo de tabaco. Com este projeto, baseado em reduzir o risco na saúde da população local (num contexto territorial com características específicas) através da articulação de vários setores e agentes locais e não na administração de fármacos ou no tratamento de indivíduos de alto risco, conseguiu reduzir-se substancialmente a taxa de mortalidade por causas cardiovasculares.

Num outro registo, o trabalho realizado na região de convergência Brandenburg-Nordost (Alemanha) apresenta-se também como um bom exemplo para introduzir neste debate (Healthcapital, 2007; OMS, 2010a). Fontanestadt Neuruppin, principal localidade desta região, cujo território apresenta diversas características típicas dos meios rurais, deparava-se com um decréscimo do número de médicos. Durante anos, a aposta no setor da saúde consistiu essencialmente na diminuição de infraestruturas hospitalares, conduzindo ao encerramento de muitas unidades no território, e no investimento, quer em gabinetes médicos (em alternativa às unidades hospitalares encerradas), quer em tecnologia clínica nos maiores hospitais, o que por sua vez trouxe repercussões ao nível da acessibilidade a cuidados para as comunidades mais distantes. Um plano regional de saúde para Berlin-Brandenburg foi apresentado em 2007 com o intuito de modernizar os seus serviços de forma, quer a valorizar a saúde do ponto de vista económico, quer a permitir um acesso de qualidade aos cuidados por parte da comunidade mais rural. As prioridades foram a relação TIC/saúde, cuidados para idosos, prevenção e reabilitação, que por sua vez foram inseridas em objetivos mais vastos e ações intersectoriais, como sejam a construção de redes regionais compostas por diversos

parceiros, o desenvolvimento de mecanismos de cuidados clínicos comuns e multissetoriais e a associação destes mecanismos às TIC (e.g. telemedicina e aprendizagem à distância). O que importa aqui frisar é que a modernização do sistema regional de saúde na ótica referida não se efetuou isoladamente, mas antes de forma articulada com outras estratégias regionais ao nível nomeadamente dos transportes, da rede de infraestruturas e das TIC.

O trabalho conduzido por Raphael (2011) para o Canadá veio, por sua vez, lançar uma outra questão: embora seja importante considerar os determinantes individuais e estruturais da saúde, é preciso também atender aos processos responsáveis pela distribuição desses determinantes (e, por isso, potenciais causadores de ainda maiores iniquidades). Ou seja, a forma como essas políticas são formuladas, bem como o tipo e a natureza de envolvimento dos atores nesses processos de tomada de decisão, são questões fundamentais para uma melhoria dos ganhos em saúde das populações. Esta questão é ainda mais preponderante em territórios onde o capital social e a densidade relacional são baixos, evidenciando uma inabilidade dos agentes locais se qualificarem e se organizarem coletivamente e, conseqüentemente, uma incapacidade de se fazerem ouvir quando comparados com outras forças de poder de organizações de carácter mais macro que participam nos processos decisórios.

Os três exemplos acima mencionados acrescentam à visão de governança em saúde uma outra dimensão: a necessidade de considerar também as dinâmicas territoriais, as políticas de ordenamento do território e a diversidade de atores locais/regionais. Por outras palavras, são necessárias abordagens integradas de base territorial para promover a multiplicidade e simultaneidade das intervenções e otimizar os resultados em saúde (mas não só). Esta questão será aprofundada no próximo ponto à luz do conceito de governança territorial, sugerindo-se que a sua adoção no domínio da saúde pode acrescentar valor para o desenvolvimento de territórios mais justos na saúde.

PENSAR O FUTURO: INTRODUZINDO O CONCEITO DE GOVERNANÇA TERRITORIAL NO DOMÍNIO DA SAÚDE

De uma forma geral, a ideia de governança territorial antevê uma articulação mais eficiente, quer entre diferentes níveis de administração (governança multinível /coordenação vertical), em que o contexto territorial local assume uma preponderância crescente, quer entre entidades/atores do mesmo ní-

vel (cooperação/coordenação horizontal entre diversos agentes) na procura de uma visão partilhada sobre um mesmo território. Pressupõe, igualmente, abordagens articuladas das várias dimensões setoriais, ou seja, subentende a procura de coerência e integração de políticas, também estas baseadas numa visão partilhada territorialmente.

O conceito de *integração* do ponto de vista das políticas públicas tem sido palco de debate por diversos autores desde o final da década de 1990, sobretudo no domínio do ordenamento do território. A ideia emerge essencialmente da mudança de visão e de objetivos associados a estas políticas, até então muito centradas na regulação da ocupação e uso do solo, para uma ótica mais estratégica, de articulação de políticas, atores e escalas. Por isso mesmo, à designação comum de ordenamento do território começa a atribuir-se maior ênfase, inclusive ao nível da terminologia, à perspetiva de desenvolvimento, que procura congrega do ponto de vista das orientações estratégicas a ideia de regulação e organização territorial das atividades à economia regional e a outras áreas de intervenção tipicamente setoriais, tais como o ambiente, a agricultura, os transportes, a educação, entre outros.

Embora não exclusivo, o trabalho desenvolvido no Reino Unido, tanto ao nível académico como político, tem-se revelado uma fonte de aprendizagem no que respeita à questão de *integração* (ver *inter alia* Harris e Hooper, 2004; Shaw e Sykes, 2005; Vigar, 2009; Buser e Farthing, 2011; Boddy e Hickman, 2018). De uma forma geral, estes trabalhos salientam a importância da lógica de integração de áreas setoriais, agentes e lugares distintos, constituindo o território (e consequentemente as suas políticas e respetivos instrumentos e agentes) um meio aglutinador e alavancador de potencialidades. No entanto, convém salvaguardar três questões para as quais os diversos autores chamam a atenção: i) para que as políticas de base territorial adotem com sucesso o papel relevante que se lhes advoga, as estruturas de governança devem estar bem definidas, caso contrário a interpretação da lógica subjacente à integração é desvirtuada de agente para agente e territorialmente desconcontextualizada; ii) embora os sistemas de planeamento favoreçam o papel do ordenamento do território neste domínio, é crucial que o seu protagonismo seja reconhecido pelos outros agentes que fazem parte da formulação e implementação das outras políticas (de natureza setorial); iii) contrariamente ao que se possa julgar, as políticas de ordenamento do território não se devem limitar a receber e integrar as orientações das outras políticas, mas também a influenciar as agendas dessas outras políticas.

Neste contexto de integração, interessa agora centrar a análise na articulação entre as temáticas da saúde e do ordenamento do território. Relembre-se, desde logo, que esta relação não é nova, tendo raízes no século XIX, quando os centros urbanos, particularmente na Europa e nos EUA, foram afetados por epidemias de doenças infectocontagiosas (e.g. cólera, tuberculose) na sequência das deslocações massivas de populações das áreas rurais para as áreas urbanas no âmbito da revolução industrial (Hall, 1980). Não estando preparados para acomodar a enorme deslocação de pessoas que se verificou, quer do ponto de vista das habitações, quer ao nível das infraestruturas (especialmente de abastecimento de águas e saneamento), os centros urbanos cedo começaram a ficar lotados e a constituir focos de doenças e de baixa qualidade de vida. A resposta necessitou de uma clara articulação entre as questões de ordenamento físico do território e as questões de saúde, motivando a construção de espaços mais amplos e ventilados, com espaços verdes integrados e, inclusive, a separação funcional de certas atividades. É neste contexto que surge, por exemplo, o movimento da *cidade jardim* de Ebenezer Howard (1902). Ainda que por razões distintas, esta articulação continuou a ser visível nas décadas que se seguiram, observando-se, porém, uma fragmentação no período posterior à Segunda Guerra Mundial (Kidd, 2007). Mais recentemente, a relação entre as duas áreas tem ganho um novo fôlego, à medida que se foi percebendo o alcance da definição de saúde da OMS (não meramente a ausência de doença ou enfermidade) e que o tipo e o local de habitação produzem claros efeitos no bem-estar físico, mental e social dos cidadãos. É, pois, perante estas circunstâncias que as políticas de ordenamento do território (re)começam a ser consideradas como veículos importantes para lidar com o bem-estar, a sustentabilidade e a vivência das comunidades – veja-se, a título de exemplo, as *healthy cities* da OMS, as *sustainable communities* do governo inglês ou as *livable communities* divulgadas por muitos estados norte-americanos –, constituindo conseqüentemente fatores cruciais para lidar com as disparidades sociais (Corburn, 2005).

É precisamente neste contexto que diversos autores têm chamado a atenção para se repensar a articulação entre a saúde e o ordenamento do território ao nível da formulação e implementação de políticas. A título de exemplo, refira-se um número especial da revista *Planning Theory and Practice* (Crawford et al, 2010) dedicado precisamente a esta questão. O trabalho especializado que Gonçalves e Miranda (2010) desenvolveram, em Portugal, no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 procura apresentar algumas reflexões

sobre o que esperar desta articulação, advogando que as políticas de saúde devem, por um lado, contribuir positivamente para a consolidação de modelos mais equilibrados de organização do território e, por outro, representar uma oportunidade para que as políticas de ordenamento do território possam ter em conta os fatores que influenciam os determinantes de saúde e, assim, maximizar os potenciais efeitos positivos que possam gerar sobre os níveis de saúde e a qualidade de vida das populações.

Apesar de haver algumas indicações que apontem nesse sentido, pelo menos ao nível discursivo e no lançamento de determinadas iniciativas, o trajeto tem sido efetuado demasiado paulatinamente e de forma desagregada face ao que seria expectável (quanto mais não seja pelas raízes históricas), tal como lembrado, a título de exemplo, por Blackshaw (2012) e Verbeek e Boelens (2013). É verdade que o estudo efetuado por Barton e Grant (2013) sobre a avaliação da quarta fase da rede de cidades saudáveis da OMS vem mostrar que, apesar de tudo, tem-se verificado uma grande evolução neste âmbito. Mas os mesmos autores referem que há ainda um longo caminho a percorrer para que esta articulação usufrua de todo o seu potencial em prol de uma melhoria da qualidade de vida de todos os cidadãos. O trabalho publicado posteriormente por Carmichael et al (2013) vem reforçar esta questão, mostrando que há ainda uma visão redutora da saúde por parte dos decisores políticos no domínio do ordenamento do território, fruto da falta de articulação entre estas duas áreas de atuação e das diferentes terminologias e culturas organizacionais. Os autores argumentam ainda que, consequentemente, a própria auscultação e mobilização dos atores locais, com cada vez mais voz e influência nas definições e decisões políticas, também é efetuada de forma fragmentada e com visões parcelares do que se pretende numa visão integrada de desenvolvimento social, económico e saudável dos territórios.

O panorama português também segue este padrão fragmentado e não integrado. O já referido trabalho desenvolvido por Gonçalves e Miranda (2010), por exemplo, acabou por não ter efeitos na versão atual do plano nacional de saúde, perdendo-se uma excelente oportunidade para reforçar a articulação entre os dois setores. E se do ponto de vista normativo e orientador ainda se verifica este défice, do ponto de vista da *praxis* a situação não é animadora, na medida em que, particularmente no setor da saúde, se observa um *modus operandi* muito setorial e a-territorial que pressupõe um longo caminho ainda a percorrer de forma a conferir um sentido mais sustentado e integrado do ponto de vista da tomada de decisão política (Santinha, 2016).

Justificada a importância da adoção do conceito de governança territorial no domínio da saúde, importa agora refletir sobre eventuais pistas que possam contribuir para um processo de aprendizagem num assunto sobre o qual ainda pouco se conhece. No contexto em que este artigo se insere, serão efetuadas quatro observações em jeito de conclusão, que se articulam de forma sequencial.

A primeira diz respeito à necessidade de haver um forte apoio político no estabelecimento de um contexto favorável aos diversos tipos de integração (setorial, organizacional e territorial), em que o ordenamento do território adquire particular relevância enquanto elo aglutinador e alavancador de potencialidades. Neste contexto, o trabalho desenvolvido por Kidd (2007:178) revela-se inspirador, em que o autor afirma – *“for spatial planning to achieve its integration ambitions, it must be taken to the heart of government and for this to happen, political support is necessary”*. E, como o estudo acaba por expor, as condições para a existência de cooperação por parte dos diferentes agentes resultam, em grande medida, do apoio político existente.

A segunda observação, que decorre da anterior, relaciona-se com a necessidade do próprio sistema de planeamento territorial fomentar a integração de diferentes áreas temáticas. Para tal, é útil a existência de uma estratégia territorial nacional que dê coerência à integração a diferentes escalas, bem como o desenvolvimento de mecanismos que promovam a integração de diferentes agentes das áreas da saúde e do ordenamento do território nas diversas escalas (da nacional à local) para permitir uma correta interpretação e uma efetiva implementação das orientações traçadas. Aprovado em Conselho de Ministros em junho de 2019, a primeira revisão ao Programa Nacional da Política de Ordenamento do Território (PNPOT) contempla já esta visão integradora, em que a saúde surge com algum destaque. A título de exemplo, o seu Programa de Ação – Agenda para o Território avança com uma medida específica para reduzir as desigualdades de acesso aos cuidados de saúde. Mas também aqui há um trabalho ainda que se encontra por fazer: não basta estas orientações estarem espelhadas num documento de um domínio (neste caso, no ordenamento do território); não só é preciso que do lado do setor da saúde se observe a mesma orientação política, mas também que se explicitem em documentos desta natureza os necessários mecanismos de governança para alterar a *praxis*. E não é suficiente que estas orientações se resumam à escala nacional. Também aqui os instrumentos de âmbito regional, como os Programas Regionais de Ordenamento do Território (PROT) e os Planos Regionais de

Saúde (PRS), e de âmbito local, como os Planos Diretores Municipais (PDM) e os Planos Locais de Saúde (PLS), que não só devem estar alinhados com as orientações nacionais e regionais mas também traçar estratégias e intervenções específicas para o contexto em que se inserem, assumem um papel preponderante para se passar dos princípios gerais à ação.

A terceira observação centra-se precisamente na necessidade de reconhecer e lidar com a heterogeneidade territorial e a complexidade das dinâmicas territoriais, não só do ponto de vista analítico (veja-se, a este respeito, o trabalho desenvolvido no âmbito do Projeto GeoHealthS (Santana, 2015), mostrando que a severidade e a frequência dos problemas em saúde não estão distribuídos de forma uniforme pelo território), mas também do ponto de vista das políticas públicas, procurando adequar os princípios às necessidades de cada local, na medida em que diferentes condições sociais e territoriais exigem respostas diferenciadas. Neste âmbito, os processos de tomada de decisão numa ótica de discriminação positiva assumem, acima de tudo, um carácter essencialmente político, ainda que devendo ser apoiados por critérios de natureza técnico-científica (modo de legitimação da ação pública) e inseridos em processos que premeiem a colaboração com outros agentes (modo de legitimação da ação pública *negociado* e *contextualizado*). Do ponto de vista político, este reconhecimento da heterogeneidade territorial pode encontrar algum suporte no atual processo de descentralização administrativa (Lei n.º 50/2018, de 16 de agosto). Englobando a transferência de poderes para o nível local e supralocal, a aposta na descentralização advoga que assim se obtém um melhor conhecimento das necessidades locais e das preferências dos cidadãos, um maior envolvimento das comunidades locais, uma maior coordenação intersectorial, uma maior articulação entre áreas rurais e urbanas e, ainda, uma maior competição entre jurisdições de forma a aumentar a eficiência. É certo que pouco ainda se sabe sobre como este processo decorrerá, designadamente no caso da saúde, qual a aceitação e forma de implementação do processo por parte das autarquias e quais as potenciais consequências de tal transferência de responsabilidades por parte do Estado. Mas esta rotura com a visão predominante da saúde, em que persiste um discurso muito centrado nos prestadores de cuidados (em geral) e nos cuidados hospitalares (em particular), procura considerar a saúde de uma forma sistémica. Ou seja, não deixando de sublinhar a importância das entidades prestadoras de cuidados, aposta-se numa perspetiva relacional, considerando que há vários fatores que direta e indiretamente têm impacto na saúde das populações. E esta visão

pode fazer toda a diferença, porque cria um patamar de ambição e de expectativa que mostra claramente a razão de certas intervenções ou iniciativas serem insuficientes e mostra porque se deve caminhar na procura de soluções de maior exigência, mesmo que o caminho seja difícil.

A quarta e última observação relaciona-se, quer com a própria formação dos profissionais que lidam com estas temáticas, seja do lado do ordenamento do território, seja do lado da saúde, quer com a troca de informação entre os agentes das duas áreas. Por um lado, porque só sensibilizando os agentes para estas questões é que se consegue incentivá-los a pensar e atuar de forma multidisciplinar e, conseqüentemente, ter em conta as implicações territoriais das diferentes dimensões de política pública. Por outro, porque a presença de meios favoráveis à troca de informação e de experiências é crucial para mostrar as vantagens decorrentes de uma forte interligação das áreas de atuação em causa. É certo que o trabalho desenvolvido em 2009 pela Direção Geral da Saúde com o apoio do Alto Comissariado da Saúde revela uma primeira preocupação com esta ideia de informar os profissionais sobre os impactos que o ambiente urbano pode produzir na saúde. Mas há ainda um longo percurso que se encontra por fazer neste domínio. Sobre esta questão, refira-se, a título de exemplo, os trabalhos produzidos há já uma década pelo Departamento de Saúde do Governo Inglês – *A guide to town planning for NHS staff* (2007), *A guide to the NHS for local planning authorities* (2007) e *Health and Urban Planning Toolkit* (2007) –, através dos quais procura informar e sensibilizar, quer os atores da área da saúde para as questões do ordenamento do território, quer os agentes que atuam no ordenamento do território para a temática da saúde, quer ainda os decisores políticos e chefias intermédias de ambos os serviços. Mais recentemente, o Departamento de Saúde Pública inglês publicou um documento dirigido aos profissionais de saúde e do ordenamento do território intitulado *Spatial Planning for Health An evidence resource for planning and designing healthier places* (2017), no qual fica expressa uma mensagem clara sobre a importância da articulação entre os profissionais:

“A decent home, a job and friends are more important to good health than the NHS. This report highlights how we can build places and communities that encourage healthier choices”.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi desenvolvido no âmbito do projeto de investigação SPLACH - Spatial PLAnning for CHange (POCI-01-145-FEDER-1643), financiado pelos Fundos Europeus Estruturais e de Investimento (FEEI) através do Programa Operacional Competitividade e Internacionalização - COMPETE 2020 e por Fundos Nacionais através da FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia.

referências

Arnaut, A., Semedo, J. (2018) *Salvar o SNS: uma nova Lei de Bases da Saúde para defender a Democracia*. Porto Editora.

Barton, H., Grant, M. (2013) "Urban planning for healthy cities. A review of the progress of the European Healthy Cities Programme". *Journal of Urban Health*, 90: 129-41.

Blackshaw, N. (2012) "Why public health and town planning share an unbreakable bond: despite being intrinsically linked the two disciplines have drifted apart, leading to weak integration between professionals. Article History", *Guardian Professional*, 5 January.

Boddy, M., Hickman, H. (2018) "'Between a Rock and a Hard Place': Planning Reform, Localism and the Role of the Planning Inspectorate in England". *Planning Theory and Practice*, 19, 2, 198-217.

Braveman, P., Kumanyika, S., Fielding, J. (2011) "Health disparities and health equity: The issue is justice". *Am J Public Health*, 101: S149-S155.

Burchardt, T., Craig, G. (2008) "Introduction". In Craig, G., Burchardt, T., Gordon, D. (eds) *Social justice and public policy: Seeking fairness in diverse societies*, Bristol: Policy Press.

Buser, M., Farthing, S. (2011) "Spatial Planning as an Integrative Mechanism: A Study of Sub-regional Planning in South Hampshire, England". *Planning Practice and Research*, 26(3): 307-324.

Carmichael, L., Barton, H., Gray, S., Lease, H. (2013) "Health-integrated planning at the local level in England: impediments and opportunities". *Land Use Policy*, 31: 259-266.

Corburn, J. (2005) "Urban planning and health disparities: implications for research and practice". *Planning Practice and Research*, 20(2): 111-126.

Crawford, J., Barton, H., Chapman, T., Higgins, M., Capon, A., Thompson, S. (2010) "Health at the Heart of Spatial Planning Strengthening the Roots of Planning Health and the Urban Planner Health Inequalities and Place Planning for the Health of People and Planet: An Australian Perspective". *Planning Theory & Practice*, 11(1): 91-113.

Davoudi, S. (2009) "Territorial Cohesion, European Social Model and Transnational Cooperation". In Knieling, J and Othengrafen, F (eds) *Planning Cultures in Europe: Decoding Cultural Phenomena in Urban and Regional Planning*, Aldershot: Ashgate, 269-279.

DGS; ACS (2009) *Fichas Técnicas sobre Habitação e Saúde*. Direcção Geral de Saúde / Alto Comissariado da Saúde, Lisboa.

Elcoat, C. (2000) "Clinical governance in action. Part 1: Key issues in clinical effectiveness". *Professional Nurse*, 15(10): 622-623.

Fainstein, S. (2010) *The Just City*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

Fee, E., Gonzalez, A. (2017) "The History of Health Equity: Concept and Vision". *Diversity & Equality in Health and Care*, 14, 3.

Ferrão, J., Tulumello, S., Bina, O. (2015) "Governança territorial democrática: tensões e potencialidades". In Ferrão, J. and Horta, A. (eds.) *Ambiente, Território e Sociedade. Novas Agendas de Investigação*, Lisboa: ICS, Imprensa de Ciências Sociais, 149-155.

Gonçalves, S., Miranda, A. (2010) *Análise Especializada: Ordenamento do Território e Saúde*. Estudo realizado para o PNS 2011-2016 em parceria com o Alto Comissariado da Saúde.

Hall, P. (1980) *Urban and regional planning*. Harmondsworth: Penguin Books.

Harris, N., Hooper, A. (2004) "Rediscovering the "spatial" in public policy and planning: an examination of the spatial content of sectoral policy documents". *Planning Theory & Practice*, 5(2): 147-169.

Harvey, D. (1996) *Justice, nature and the geography of difference*. Malden, MA: Blackwell.

Harvey, D. (1973) *Social Justice and the City*. London: Edward Arnold.

HealthCapital (2007) *HealthCapital Berlin-Brandenburg*. Berlin: Europrint medien.

Herrera, C. A., Lewin, S., Paulsen, E., Ciapponi, A., Opiyo, N., Pantoja, T., Rada, G., Wiysonge, C. S., Bastías, G., Marti, S. G., Okwundu, C. I., Peñaloza, B., Oxman, A. D. (2017) "Governance arrangements for health systems in low-income countries: an overview of systematic reviews". *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9.

Howard, E. (1902) *Garden Cities of Tomorrow*. London: S. Sonnenschein & Co., Ltd.

Hyden, G., Court, J. (2002) "Governance and Development". *World Governance Survey Discussion Paper*, United Nations University.

Kidd, S. (2007) "Towards a Framework of Integration in Spatial Planning: An Exploration from a Health Perspective". *Planning Theory & Practice*, 8(2): 161-181.

Kukathas, C., Pettit, P. (2005) *Rawls: "Uma teoria da justiça" e os seus críticos*. Lisboa: Gradiva.

Lefebvre, H. (1996) *Writings on cities*. Cambridge, Mass, USA: Blackwell Publishers

Lefebvre, H. (1968) *Le Droit à la ville*. Paris: Anthropos.

Lucy, W. (1981) "Equity and Planning For Local Services". *Journal of the American Planning Association*, 47(4): 447-457.

Melkas, T. (2013) "Health in all policies as a priority in Finnish health policy: A case study on national health policy development". *Scandinavian Journal of Public Health*, 41(SUPPL.11): 3-28.

Monteiro, M., Pinto, R., Carvalho, E., Morais F., Martins, M. (2015) *Saúde e Governança em Portugal: Avaliação do contributo do XIX Governo Constitucional para o fortalecimento de práticas de Boa Governança na área da Saúde (2011-2015)*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Nicholls, S. (2001) "Measuring the accessibility and equity of public parks: a case study using GIS". *Managing Leisure*, 6(4): 201-219.

Nozick, R. (1974) *Anarchy, State and Utopia*. New York: Basic Books.

OMS (2018) *Towards a Global Action Plan for Healthy Lives and Well-Being for All: Uniting to accelerate progress towards the health-related SDGs*. Geneva: World Health Organization.

OMS (2012) *Health 2020: policy framework and strategy*. Malta: Regional Committee for Europe.

OMS (2010a) *How health systems can address health inequities through improved use of Structural Funds*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

OMS (2010b). *The World health report: Health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva: World Health Organization.

OMS (2009) "An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems". *Lancet*, 373(9681): 2137-69.

OMS (2000) *Health systems: Improving performance*. Geneva: World Health Organization.

OPSS (2018) *Meio Caminho andado*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde, Coimbra: Mar da Palavra.

OPSS (2017) *Viver em tempos incertos: sustentabilidade e equidade na saúde*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde, Coimbra: Mar da Palavra.

Potvin, L. (2017) "Transforming local geographies to improve health". In Harrington, D; McLafferty, S; Elliott, S (Eds) *Population Health Intervention Research: Geographical perspectives*. New York: Routledge.

Puska, P., Vartiainen, E., Laatikainen, T., Jousilahti, P., Paavola, M. (2009) *North Karelia Action: From North Karelia to National Action*. Helsinki: Helsinki University Printing House.

Pyone, T., Smith, H., Van, B. (2017) "Frameworks to assess health systems governance: a systematic review". *Health Policy and Planning*, 32, 5, 710-722.

Raphael, D. (2011) "A discourse analysis of the social determinants of health". *Critical Public Health*, 21(2): 221-236.

Rawls, J. (1958) *Justice as fairness*. New York: Irvington.

Rawls, J. (1971) *A Theory of Justice*. Cambridge, MA: Belknap Press.

Sandel, M. (1982) *Liberalism and the limits of justice*. Cambridge: Cambridge University Press.

Santana, P. (2005) *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento. Evolução e Tendências em Portugal*. Coimbra: Almedina.

Santana, P. (Coord) (2015) *A Geografia da Saúde da População. Evolução nos últimos 20 anos em Portugal Continental*. CEGOT, Universidade de Coimbra.

Santinha, G. (2016) "Policy integration: placing the spatial dimension in the health agenda. Evidence from Portugal". *Space and Polity*, 20(2): 158-176.

Scally, G., Donaldson, L. (1998) "Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England". *BMJ*, 317: 61-5.

Sen, A. (2010) *A Ideia de Justiça*. Coimbra: Almedina.

Shaw, D., Sykes, O. (2005) "Addressing connectivity in spatial planning: the case of the English regions". *Planning Theory & Practice*, 6(1): 11-33.

Siddiqi, S., Masud, T., Nishtar, S., Peters, D., Sabri, B., Bile, K., Jama, M. (2009) "Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance". *Health Policy*, 90: 13-25.

Smith, A., Haakonssen, K. (2002) *The theory of moral sentiments*. Cambridge, U.K: Cambridge University Press.

Soja, E. (2010) *Seeking spatial justice*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Starfield, B. (2001) "Improving equity in health: A research agenda". *International Journal of Health Services*, 31(3): 545-66.

Stoker, G. (2018) "Can the governance paradigm survive the rise of populism?" *Policy & Politics*. 47(1): 3-18.

Verbeek, T., Boelens, L. (2013) "Urban Planning and Public Health: revaluing a legacy from the past". *AESOP/ACSP 5th joint congress 2013: planning for resilient cities and regions*, 15-19 July, Dublin.

Vigar, G. (2009) "Towards an Integrated Spatial Planning?" *European Planning Studies*, 17(11): 1571-1590.

Whitehead, M. (1992) "The concepts and principles of equity and health". *International Journal of Health Services*, 22: 429-445.

Young, I. (1990) *Justice and the Politics of Difference*. Princeton: Princeton University Press.