

SILMARA VIEIRA DA SILVA

MOBILIDADE URBANA COMO DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE: A
INTERSETORIALIDADE NO ENFRENTAMENTO DE INIQUIDADES

BRASÍLIA, 2023

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

SILMARA VIEIRA DA SILVA

MOBILIDADE URBANA COMO DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE: A
INTERSETORIALIDADE NO ENFRENTAMENTO DE INIQUIDADES

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília.

Linha de pesquisa Políticas, Planejamento, Gestão e
Atenção em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Célia Delduque

Coorientador: Prof. Dr. Rafael Dall'Alba

Brasília
2023

SILMARA VIEIRA DA SILVA

MOBILIDADE URBANA COMO DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE: A
INTERSETORIALIDADE NO ENFRENTAMENTO DE INIQUIDADES

Dissertação de Mestrado apresentada como requisito
para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva
da Universidade de Brasília.

Aprovado em 28 de junho de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Dr.^a Maria Célia Delduque - presidente
Universidade de Brasília

Dr. Rafael Dall’Alba – coorientador
Universidade de Brasília

Dr.^a Dais Rocha – membro titular vinculado à UnB
Universidade de Brasília

Dr. Marco Akerman – membro titular externo
Universidade de São Paulo

Dr. Nabil Bonduki – membro titular externo
Universidade de São Paulo

*Dedico esta pesquisa a todas as pessoas que exercem o
ofício da docência como professoras da extensão
universitária, cujo trabalho incansável e comprometido
tem sido fundamental na promoção do conhecimento
científico integrado à transformação da realidade cotidiana
de comunidades e sociedades. Que as políticas
institucionais reconheçam, valorizem e incentivem cada
vez mais a excelência da extensão na vida universitária.*

AGRADECIMENTOS

Sou grata a todas as Jovelinas, Joanas, Marias, Benditas, Carolinas de Jesus... que, com a minguada renda de suas labutas diárias, ao comprarem o pouco pão que comeram, a rara carne que serviram aos filhos, o pacote de sal que dividiram, pagaram ao Estado Brasileiro o imposto sobre consumo. Elas também ajudaram a custear a universidade pública e a formação de doutores e mestres nesse país.

Agradeço ao meu avô João, de quem ouvi pela primeira vez em minha vida, ainda criança, falar sobre Olga Benário, Luiz Carlos Prestes e sobre o comunismo como devir. Aos meus pais, Élide e Adélcio, que em épocas muito difíceis nesse país, trabalharam incansavelmente para garantir a mim e aos meus irmãos o acesso à melhor escola que podiam pagar.

Agradeço aos meus filhos Gabriel e Dandara, companheiros de alma, por serem a terra firme onde descanso minhas raízes e os olhos que me ensinam sobre mim cada vez que me olham. À minha companheira Regina, com quem aprendi a transformar pequenas coisas do dia a dia em verdadeiras 'férias'. Ela foi quem me incentivou, apoiou e celebrou comigo o fechamento da graduação, a seleção para o mestrado, a produção e a entrega desta dissertação. Ao meu irmão Humberto, que legendou a cor vermelha do cerrado onde nasci, agradeço por compartilhar comigo os sonhos de 'mudar o mundo', às vezes de um jeito marrento, às vezes de um jeito irônico, mas sempre de um jeito que é só nosso.

Agradeço à minha querida orientadora, Maria Célia Delduque, que de primeira hora se dispôs a orientar alguém fora do campo da saúde, com um projeto atípico, que exigiria sair da zona de conforto. Por sua confiança intelectual em meu trabalho e por seu acolhimento humano às minhas dúvidas. Ao meu coorientador Rafael Dall'Alba agradeço a sabedoria incomum de subverter o que estava dado para não deixar encaixotada a minha liberdade intelectual. Somos de geração diferentes, mas eu poderia apostar que somos do mesmo planeta!

Sou grata à todas as professoras e professores que, na beleza do ofício, estenderam meus horizontes tão para além do óbvio. Em especial, agradeço à Professora Dais Rocha por me inspirar tanto e sempre, e ao professor Paulo Calmon pela forma brilhante, sábia e suave de nos navegar pelo conhecimento.

Sou grata também às queridas professoras Fátima Sousa e Valéria Mendonça pelo acolhimento e incentivo em seus projetos de pesquisa. Agradeço com carinho à

Professora Ximena Bermudez, pelos incríveis encontros marcados com Lelia Gonzáles, bell hooks, Glória Anzaldúa, María Lugones, Sandra Harding e Nancy Fraser. Expresso também minha gratidão ao Professor Wolmir Amado pelo gesto singular que fez toda diferença para o meu retorno e sequência na vida acadêmica.

Registro um agradecimento sincero a quem teve a iluminada ideia (mesmo que por um ato estritamente burocrático) de incluir os nomes de pai e mãe no nosso histórico escolar. É difícil expressar como meu coração se aquecia ao 'vê-los ali comigo', presentes pelo nome, 'cúmplices' dos resultados registrados cada vez que cursava uma das disciplinas do mestrado. Se eu pudesse encontrar "essa pessoa", sugeriria a inclusão também do nome da descendência. Seria uma alegria sem bordas para mim, a 'companhia' nominal de meus filhos nesse histórico escolar, documento que registrou formalmente a minha viagem nas 480 horas de disciplinas cursadas, 210 horas a mais do que a carga horária regular.

Quero expressar minha gratidão também à Música Popular Brasileira, por meio da qual aprendi muito sobre um Brasil real ao ouvir canções como: 'Admirável Gado Novo', 'O Meu Guri', 'Cidadão', 'Abrigo de Vagabundo', 'O Bêbado e a Equilibrista', 'O Que Será?', 'O Sal da Terra', 'Sobradinho', 'Como Nossos Pais', 'Divina Comédia Humana', 'Canto de Ossanha', 'É, o que é?', 'Meu Guri', 'Catorze Anos', 'Velha Roupas Coloridas', 'A Carne', 'O Que se Cala', entre centenas de outras.

Quero ainda prestar uma humilde homenagem e expressar minha imensa gratidão a Darcy Ribeiro, esse visionário e intelectual de rara grandeza, por todo o seu legado, incluindo sua preciosíssima contribuição para a existência da UnB (sua Linda!). Adicionalmente, minha gratidão humilde ao gigante Marx, a quem, durante o mestrado, ouvi referirem-se tantas vezes como 'com ele não é suficiente'. Esses comentários me permitiram entender que sim, não é suficiente, mas também a ter a certeza de que, sem ele, não seria possível.

Por tudo isso, encerro agradecendo a todas as pessoas intelectuais marxistas do sul global que nos provocam a uma releitura dos fenômenos sociais a partir da epistemologia da teoria crítica anticapitalista, anticolonial, antirracista, antipatriarcal nos incitando a um reposicionamento em relação a nós mesmas, à sociedade e ao mundo.

*“Quem inventou a fome são os que
comem.”
(Carolina de Jesus, Quarto de despejo)*

RESUMO

As diferentes condições e possibilidades de mobilidade urbana para as populações podem gerar iniquidades em saúde, especialmente em grandes metrópoles. Fatores de risco, como poluição do ar, acidentes de trânsito, inatividade física, ruído do tráfego, falta de infraestrutura urbana adequada e dificuldades de acesso aos serviços de saúde devido a barreiras relacionadas ao sistema de mobilidade urbana, contribuem para desigualdades injustas e evitáveis. Este estudo defende uma investigação que vai além das aparências superficiais desses fenômenos, para alcançar as estruturas subjacentes que moldam as iniquidades existentes na nossa sociedade. Reconhecendo que a redução dessas iniquidades requer abordagens intersetoriais, buscamos entender como a intersetorialidade em políticas públicas pode contribuir para a redução de iniquidades em saúde determinadas pela mobilidade urbana. Para isso, foram analisadas a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e na Política Nacional de Mobilidade Urbana (PNMU). A análise integrada desses instrumentos jurídico-políticos, com uma perspectiva de intersetorialidade e combate às iniquidades em saúde, foi orientada pelos conceitos de Totalidade e Reificação. Partiu-se do pressuposto de que, quanto mais as políticas e planos se alinharem ao conceito de Totalidade, maior será a possibilidade de intersetorialidade e mais abrangência terão as iniciativas intersetoriais no enfrentamento às iniquidades. Por outro lado, a adesão ao conceito de Reificação resulta em iniciativas menos abrangentes e com menor potencial para enfrentar desigualdades e injustiças. Os resultados da análise integrada, por meio da lente conceitual de Totalidade e Reificação, possibilitaram discussões sobre as implicações decorrentes do afastamento da política de uma visão mais totalizante. Considera-se que a abordagem metodológica sobre intersetorialidade apresentada neste trabalho pode funcionar como uma "amalgama política", capaz de reduzir as fragmentações setoriais e os obstáculos que impedem a operacionalização da intersetorialidade na prática. Por fim, de forma subjacente, este estudo reflete que, para combater as iniquidades em saúde decorrente da mobilidade, é necessário que a intersetorialidade entre as duas áreas apresente estratégias e iniciativas alinhadas à superação do modelo hegemônico de mobilidade urbana centrado no automóvel particular e, conseqüentemente, ao modelo capitalista e neoliberal de produção de cidades.

Palavras-chave: Mobilidade Urbana; Saúde Coletiva; Promoção da Saúde; Colaboração Intersetorial; Intersetorialidade; Iniquidade.

ABSTRACT

The different conditions and possibilities of urban mobility for populations can generate health inequities, especially in large metropolises. Risk factors such as air pollution, traffic accidents, physical inactivity, traffic noise, lack of adequate urban infrastructure, and difficulties in accessing healthcare services due to barriers related to the urban mobility system contribute to unjust and avoidable inequalities. This study advocates for an investigation that goes beyond the superficial appearances of these phenomena to reach the underlying structures that shape the existing inequities in our society. Recognizing that reducing these inequities requires intersectoral approaches, we seek to understand how intersectorality in public policies can contribute to reducing health inequities determined by urban mobility. For this purpose, the National Health Promotion Policy (NHPP) and the National Urban Mobility Policy (NUMP) were analyzed. The integrated analysis of these legal and political instruments, from an intersectoral and health inequities combat perspective, was guided by the concepts of Totality and Reification. It was assumed that the more policies and plans align with the concept of Totality, the greater the possibility of intersectorality, and the broader the scope of intersectoral initiatives in addressing inequities. On the other hand, adherence to the concept of Reification results in less comprehensive initiatives with less potential to address inequalities and injustices. The results of the integrated analysis, through the conceptual lens of Totality and Reification, allowed for discussions on the implications arising from the distancing of policy from a more holistic view. It is considered that the methodological approach to intersectorality presented in this work can function as a "political amalgam," capable of reducing sectoral fragmentations and the obstacles that hinder the operationalization of intersectorality in practice. Finally, underlying this study is the reflection that to combat health inequities resulting from mobility, it is necessary for intersectorality between the two areas to present strategies and initiatives aligned with overcoming the hegemonic model of car-centered urban mobility and, consequently, with the capitalist and neoliberal model of city production.

Keywords: Urban Mobility; Collective Health; Health Promotion; Intersectoral Collaboration; Intersectorality; Inequity.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Visão Setorial Reificada	28
Figura 2 – Visão Setorial parcialmente Reificada	29
Figura 3 – Visão Setorial com Totalidade - na perspectiva reformista	29
Figura 4 – Visão Setorial com Totalidade - na perspectiva revolucionária e considerando todas as dimensões da singularidade, particularidade e universalidades de forma dialética	30
Figura 5 – Fluxo de etapas metodológicas	43

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - MATRIZ ANALÍTICA - Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e Política Nacional de Mobilidade Urbana (PNMU).....	56
Quadro 2 - MaC1. Territorialidade – Implicações Possíveis e Microcategorização ..	61
Quadro 3 - MaC4. Intersetorialidade – Implicações Possíveis e Microcategorização	63
Quadro 4 - MaC5. Diversidade – Implicações Possíveis e Microcategorização	65
Quadro 5 - MaC7. Responsabilidade Socioeconômica – Implicações Possíveis e Microcategorização	67
Quadro 6 - MaC9. Comunicação Social - Implicações Possíveis e Microcategorização	69
Quadro 7 - MaC10. Processos Formativos – Implicações Possíveis e Microcategorização	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABREVIATURAS

Art.	Artigo
§	Parágrafo

SIGLAS

ANTP	Associação Nacional de Transportes Públicos
AT	Análise Temática
BIRD	Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMTC	Companhia Metropolitana de Transportes Coletivos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
EBTU	Empresa Brasileira de Transportes Urbanos
FNRU	Fórum Nacional da Reforma Urbana
Geipot	Grupo Executivo de Integração das Políticas de Transporte
ICHL	Instituto de Ciências Humanas e Letras
OD	Origem-Destino
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDTU	Planos Diretores de Transportes Urbanos
PNMU	Política Nacional de Mobilidade Urbana
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
PUC Goiás	Pontifícia Universidade Católica de Goiás
SIMU	Sistema Nacional de Informação em Mobilidade Urbana
SUM	Sistema Único de Mobilidade Urbana
SUS	Sistema Único de Saúde
UFG	Universidade Federal de Goiás

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE IMPLICAÇÃO	15
2 INTRODUÇÃO	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO	21
3.1 INTERSETORIALIDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS	22
2.3 TOTALIDADE E REIFICAÇÃO PARA INTERSETORIALIDADE E REDUÇÃO DE INIQUIDADES	25
4. OBJETO DE ESTUDO	31
4.1 A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE	31
4.2 A POLÍTICA NACIONAL DE MOBILIDADE URBANA	35
5 OBJETIVOS	41
5.1 OBJETIVO GERAL	41
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	41
6 METODOLOGIA	42
6.1 MÉTODO DE CATEGORIZAÇÃO	44
6.1.1 Macrocategorias de Análise	46
6.1.2 Microcategorias de Análise	50
7 RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
7.1 PRIMEIRA CAMADA - ANÁLISE INTEGRADA E MACROCATEGORIAS	55
7.2 SEGUNDA CAMADA - ANÁLISE INTEGRADA, DISCUSSÃO E MICROCATEGORIAS	60
7.2.1 MaC1. Territorialidade - discussão e microcategorização	61
7.2.2 MaC4. Intersectorialidade - discussão e microcategorização	62
7.2.3 MaC5. Diversidade - discussão e microcategorização	64
7.2.4 MaC7. Responsabilidade Socioeconômica - discussão e microcategorização	66
7.2.5 MaC9. Comunicação Social - discussão e microcategorização	69
7.2.6 MaC10. Processos Formativos - discussão e microcategorização ...	70
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIA	76
APÊNDICE 1	82
APÊNDICE 2	85

ARTIGO - MOBILIDADE URBANA E DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE, UMA REFLEXÃO..... 85

1 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE IMPLICAÇÃO

Ao iniciar esta apresentação, peço a generosa disposição de quem a lê, para acompanhar-me numa breve reflexão acerca dos desafios da pesquisa qualitativa e dos debates em torno da validade e imparcialidade de seus dados. É sabido que o pensamento acadêmico dominante considera que, nas pesquisas quantitativas, os dados são frequentemente vistos como "objetivos" e "externos" à pessoa pesquisadora. Já na pesquisa qualitativa, os dados são percebidos como "subjetivos" e "construídos" por meio da interação entre pessoa pesquisadora e pessoas participantes do estudo. Neste contexto, a questão da imparcialidade sempre surge como ponto de controvérsia.

No âmbito da saúde, ainda fortemente influenciado pelo modelo biomédico e positivista, as pessoas que realizam a pesquisa com abordagem qualitativa, muitas vezes, enfrentam o estigma de serem consideradas menos científicas ou rigorosas. No entanto, independentemente da sua natureza, em pesquisa, a interpretação dos dados é sempre necessária! Até mesmo dados numéricos e métodos estatísticos estão sujeitos a vieses, já que a interpretação é invariavelmente moldada pela perspectiva de quem realiza a pesquisa.

A reflexão que compartilho aqui não tem o intuito de reforçar a dicotomia entre pesquisa quantitativa e qualitativa, a meu ver equivocada. Ao iniciar a apresentação abordando os desafios de realizar uma pesquisa qualitativa, minha intenção é compartilhar as inquietações que me acompanharam desde a decisão de submeter um projeto de pesquisa ao processo seletivo para o Mestrado Profissionalizante do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, até o momento exato em que escrevo este texto.

O primeiro desafio foi a escolha da linha de pesquisa. Para o processo seletivo, o Programa apresentava quatro linhas: Política, Planejamento, Gestão e Atenção à Saúde; Saúde, Cultura e Cidadania; Epidemiologia, Ambiente e Trabalho; e Formação e Desenvolvimento Profissional em Sistemas e Serviços de Saúde. Após uma leitura atenta do edital, concluí que meu projeto, cujo objetivo inicial era explorar as relações entre mobilidade urbana e saúde, poderia se encaixar em qualquer uma delas. Mas a atração causada pelas duas primeiras (Política, Planejamento, Gestão e Atenção à Saúde; e Saúde, Cultura e Cidadania) era inegável. Por óbvio, isso estava relacionado

à minha trajetória pessoal e a todos os valores e posicionamentos que foram moldados por ela.

Sou filha de trabalhadores de classe média baixa, nascida no final dos anos 1960, em plena ditadura militar. O sonho de meus pais, assim como o de muitos outros daquela geração, era ver o "filho doutor" (o sonho para as filhas nem sempre era o mesmo). Parece que no imaginário da classe oprimida e alienada pelo sistema que a oprime, o "melhor sonho a ser sonhado" era aquele que aproximava a si ou aos seus, das imagens mais proeminentes (que em geral compunham a classe dos opressores). Meu avô materno, ex-militante do PCB nos anos 1930, desempenhou um papel fundamental em provocar em mim, ainda criança e depois adolescente, alguns lampejos de desconfiança em relação ao pensamento dominante. Talvez daí tenha brotado a primeira semente para a minha militância na política estudantil universitária.

Cursei a faculdade de Arquitetura e Urbanismo na Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás) após passar pela Faculdade de História da Universidade Federal de Goiás (UFG). A vivência no Instituto de Ciências Humanas e Letras (ICHL/UFG) forneceu contribuições importantes para a minha visão de mundo, ressignificando símbolos e ampliando significados quando fui transitar pela arquitetura e urbanismo. Das manifestações de rua pelo "passe estudantil, na década de 1980, à minha atuação profissional como gestora na Companhia Metropolitana de Transportes Coletivos (CMTC Goiânia) no início dos anos 2000, a questão da mobilidade sempre se apresentou como um desafio político e social.

A dimensão urbana formou a base de toda a minha trajetória. Desde projetos de extensão acadêmica com populações em áreas de risco ambiental e geológico, passando por projetos para a urbanização de territórios socialmente vulneráveis, até experiências liderando e coordenando equipes e programas interdisciplinares para a elaboração participativa de planos diretores, programas de habitação social e agendas de gestão ambiental urbana. A interface com a saúde me acompanhou em todas essas trilhas. Como um bordado em um tecido desgastado, em que o bordado representa as equipes interdisciplinares e o tecido desgastado simboliza o espaço viciado e conservador (se não reacionário) da administração pública, encontramos nas companheiras e companheiros do Sistema Único de Saúde (SUS), para além de apoio e parceria, uma perspectiva ampliada da vida real nos territórios, refinada pela lente da determinação social da saúde. Esse "encontro" fortaleceu e deu novas e mais

audaciosas dimensões às nossas lutas, sofisticando o que, inicialmente, era quase intuitivo na perspectiva da intersectorialidade.

Interrompo esta narrativa ainda incompleta, mas, creio, suficiente para explicitar implicações importantes sobre este trabalho, para retornar às linhas de pesquisa apresentadas no edital do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, no qual me qualifiquei e pelo qual esta dissertação é apresentada.

Eu estava interessada em realizar uma pesquisa qualitativa e motivada com a possibilidade de uma imersão acadêmica no campo da saúde. Até o último momento, hesitei entre inscrever o meu projeto de pesquisa na linha de 'Política, Planejamento, Gestão e Atenção à Saúde' ou 'Saúde, Cultura e Cidadania'. Optei pela primeira. Pouco tempo depois, aprovada e iniciando as disciplinas, uma inquietação me atravessou: em que medida minhas mais de duas décadas de atuação em gestão e políticas públicas, distante da academia, refletiriam como um 'viés da pesquisadora', consciente ou inconsciente, na condução da pesquisa ou na interpretação dos resultados? De certa forma, à medida que realizava a revisão bibliográfica para o trabalho, me aprofundava nos conceitos teóricos, avançava no desenho da pesquisa, discutia com colegas e professores e transitava por outros departamentos como o de Arquitetura e Urbanismo e o de Ciência Política - nos quais completei mais do que o dobro dos créditos obrigatórios em disciplinas optativas - mais me convencia da importância da pesquisa qualitativa para o tema proposto.

Diante de todas as inquietações que inicialmente me ocuparam, ao invés de me despir de mim mesma para tentar alcançar um ideal inatingível, despi-me do mito da imparcialidade. Tive claro que, se existe imparcialidade em pesquisa científica, ela é imperfeita. Que a ciência, sendo uma construção coletiva, é um processo socialmente integrado e coletivamente conduzido para a geração de conhecimento. Que a pesquisa, para ser científica, precisa estar comprometida com a qualidade e a natureza dos dados, com a validade de transferência, com a confiabilidade e com a ética. Afinal, independentemente de a pesquisa ser qualitativa ou quantitativa, não há como haver imparcialidade na escolha de uma linha de pesquisa. Não há como haver imparcialidade na escolha dos referenciais teóricos - neste caso, escolhi os marxistas. Não há como haver imparcialidade se a pessoa pesquisadora não tem como deixar de ser quem é e tudo que a constitui para ser 'apenas' uma pesquisadora ou um pesquisador desprovido de história e humanidade. Portanto, assumi abraçar essa

subjetividade inerente e garantir que ela se tornasse uma parte transparente e refletida do nosso trabalho de pesquisa.

No percurso deste trabalho, busquei manter o pensamento sempre ancorado ao farol da confiabilidade, atenta ao rigor na interpretação dos dados para que não houvesse infidelidade aos referenciais teóricos adotados e compreendendo a importância de que o estudo possa ser metodologicamente replicado. Não no sentido de alcançar os mesmos resultados - uma de nossas conclusões finais é que não existe (nem isso seria desejável) um modelo padrão de intersectorialidade - mas para possibilitar a transferibilidade, ou seja, possibilitar que os conhecimentos, resultados e/ou insights sejam úteis e aplicáveis cientificamente em outros contextos específicos.

Para além dos resultados alcançados com esta pesquisa qualitativa, propôs-se, como resposta ao produto técnico exigido pelo Programa, a criação de um Grupo de Trabalho Técnico Transdisciplinar. Este grupo, fundamentado nas reflexões e nos resultados obtidos neste estudo, teria como objetivo formular instrumentos técnicos-orientativos que facilitem e deem suporte à construção de abordagens intersectoriais horizontais, estruturadas e democráticas nas políticas públicas.

O trabalho ao qual o leitor terá acesso, não tem natureza descritiva. Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória que resultou em uma proposta metodológica dialética, ansiosa por ser aplicada em diferentes políticas públicas setoriais, com a perspectiva da intersectorialidade e do enfrentamento às iniquidades.

Portanto, compartilho este trabalho com entusiasmo e dedicação, na esperança de que possa provocar reflexões, abrir caminhos para novas pesquisas e contribuir para a construção de um futuro mais justo, já no presente.

2 INTRODUÇÃO

A pesquisa aqui apresentada tem como objetivo investigar possibilidades de enfrentamento e redução de iniquidades por meio da intersectorialidade entre os setores de saúde e mobilidade urbana no âmbito das políticas públicas.

Para atingir esse objetivo geral, foram estabelecidos três objetivos específicos: a) compreender a mobilidade urbana como determinação social da saúde; b) entender a intersectorialidade no contexto das políticas públicas; c) identificar e propor possibilidades de intersectorialidade para a redução das iniquidades a partir da análise integrada e articulada de políticas públicas na área da Saúde e de Mobilidade Urbana.

A compreensão da mobilidade urbana como determinação social da saúde foi amparada por uma abordagem dialética, analisando-se as relações entre estes dois setores a partir das estruturas subjacentes que moldam as desigualdades e iniquidades sociais. Essa abordagem permitiu ir além das aparências do fenômeno e identificar como a mobilidade urbana pode influenciar, de forma direta e indireta, o processo saúde-doença das populações.

Vale destacar que o conceito de determinação social da saúde adotado baseia-se no posicionamento teórico epistemológico consolidado no final do século XX pelo movimento de produção científica da corrente médico-social latino-americana. O objetivo dessa corrente era estabelecer uma base teórica para a construção de um pensamento social no campo da saúde, desafiando a abordagem positivista tradicional e adotando uma perspectiva crítica, influenciada pelo materialismo histórico. Tal perspectiva enfatiza os processos de produção e reprodução social como fatores determinantes da saúde. (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017). Não um determinismo mecânico, mas a determinação como processo dinâmico que ativamente molda o curso da história, refletindo as contradições sociais. Uma força ativa capaz de delimitar as possíveis perguntas e respostas, desempenhando um papel crucial na transformação da realidade dentro do campo do possível transformador (LULÁCS, 2018).

A compreensão da intersectorialidade foi desenvolvida a partir de uma leitura do Estado como o mediador da sociedade, que tem como um dos instrumentos dessa mediação as políticas públicas. Cientes que tais políticas foram e são concebidas e implementadas em um sistema capitalista marcado pelos interesses neoliberais, buscou-se compreender as necessidades e limites das abordagens setoriais e as

oportunidades e potencialidades de promover a intersectorialidade, tendo como objetivo o enfrentamento às iniquidades sociais. O foco do estudo foi direcionado para as possibilidades de intersectorialidade entre a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a Política Nacional de Mobilidade Urbana (PNMU).

Para identificar e propor possibilidades de intersectorialidade com vista à redução das iniquidades a partir da análise integrada e articulada de políticas públicas na área da Saúde e de Mobilidade Urbana, a metodologia proposta se estruturou em duas etapas de análise. Na primeira foram aplicadas dez macrocategorias orientadas pela chave analítica da Totalidade e da Reificação, conceitos trabalhados pelo filósofo e historiador Georg Lukács. Dessa análise pode-se inferir como as políticas públicas setoriais de saúde e mobilidade urbana abordam aspectos fundamentais para a intersectorialidade e a redução de iniquidades. À luz do resultado dessa primeira camada de análise, seguiu-se para a aplicação de sete microcategorias relacionadas aos fatores de risco à saúde decorrentes da mobilidade urbana. A justaposição das duas etapas, mirando a intersectorial e a redução das iniquidades, explicitou os fatores de risco como expressões tangíveis e necessária de serem compreendidas, mas insuficientes para o enfrentamento às iniquidades, se forem trabalhados dissociados das causas estruturantes do processo saúde-doença relacionados à mobilidade urbana.

A pesquisa alcançou seu objetivo de apresentar possibilidades de enfrentamento e redução de iniquidades por meio da intersectorialidade entre saúde e mobilidade urbana, tendo como chave de análise as políticas públicas. Os resultados também sugerem que a metodologia desenvolvida pode ser aplicada em outras áreas, tornando-se uma ferramenta útil para gestores e movimentos sociais que buscam promover a intersectorialidade em políticas públicas.

Destaca-se, porém, que o estudo não busca um caminho de eliminar a setorialidade, mas sim de minimizar as fragmentações e iniquidades decorrentes dela, estabelecendo, por outro lado, possibilidades para pensar e agir setorialmente de forma articulada e sincronizada intersectorialmente, entendimento central nesta pesquisa.

A metodologia desenvolvida é transferível para outros contextos e poderá contribuir para a concepção, proposição e implementação de políticas mais integradas e eficazes. A intersectorialidade se apresentou, por fim, como uma estratégia viável e de grande impacto para melhorar a saúde das populações nas cidades.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Segundo Hall (1993), as políticas públicas referem-se às escolhas feitas pelo governo em resposta a problemas específicos identificados no mundo real. Essas escolhas têm implicações significativas para a vida das pessoas, afetando diretamente os recursos disponíveis e as oportunidades que elas podem acessar. Nesse sentido, importa compreender que mesmo em governos democráticos, em um mundo complexo e desigual, as ‘escolhas feitas’ podem reduzir ou aumentar iniquidades, a depender dos interesses em disputa.

Em um artigo provocador, Akerman *et al.* (2014) questionam se não deveria ser o objetivo ético-político do Estado, em propostas de reforma ou dispositivos de gestão, reduzir as iniquidades. Nessa mirada, os autores refletem sobre caminhos analíticos para pensar no enfrentamento das iniquidades e a promoção de equidades por meio da intersectorialidade. Abordam a complexidade da coordenação entre diferentes setores e destacam a integração de políticas públicas por meio da intersectorialidade como essencial para alcançar resultados de saúde mais equitativos.

Partindo da afirmação de Hall e das provocações de Akerman *et al.* (2014), serão trabalhadas, ao longo deste capítulo, algumas reflexões sobre o papel do Estado e a promoção da equidade, tendo como mirada a intersectorialidade e as políticas públicas.

As reflexões aqui desenvolvidas ancoram-se em dois referenciais teóricos fundamentais: Georg Lukács e David Harvey. Com Lukács serão trabalhadas as categorias de singularidade, particularidade e universalidade (2018b), elementos centrais para pensar políticas públicas em uma sociedade marcada pela luta de classe. O filósofo ainda oferece uma perspectiva basilar para este trabalho que se refere ao par categorial ‘reificação’ e ‘totalidade’ (2018a), disponibilizando uma lente especial para a análise das estruturas sociais e da consciência de classe na sociedade capitalista.

Já com Harvey (2005, 2014) está ancorado o entendimento sobre como as forças do capital moldam e reconfiguram o ambiente urbano. O entendimento do espaço como produção social a alienação espacial, conceitos que oferecem insights valiosos para compreender os impactos desiguais da urbanização e as consequências para diferentes grupos sociais.

Buscou-se nesta análise dual, oferecer uma base fundamentada para compreender as políticas públicas, não apenas como respostas a problemas específicos, mas como manifestações de forças sociais, econômicas e políticas em disputa.

Esta abordagem permite uma compreensão mais complexa das políticas públicas, vistas não apenas como instrumentos técnicos, mas como reflexos de lutas sociais, desafios éticos e políticos, e expressões de poder e resistência em uma sociedade capitalista.

3.1 INTERSETORIALIDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS

A filósofa Marilena Chauí (2020a), em uma aula magistral sobre a história da democracia, nos lembra que nos primórdios da democracia ocidental, a busca pela justiça e pela 'boa lei' era o propósito fundamental da política. Ela enfatiza a contribuição de Aristóteles, que definiu de forma clara a distinção entre o espaço público da política e o espaço privado dos interesses individuais e de grupos. Aristóteles argumentava que a política justa era aquela que se esforçava ao máximo para reduzir a desigualdade socioeconômica, tendo como ponto de partida a divisão social entre ricos e pobres. Nesse sentido, considerava injusta, do ponto de vista da distribuição, a política que tratava os desiguais de forma igual e, do ponto de vista da participação, a que tratava de forma desigual aqueles que eram iguais.

Na aula, Chauí nos conduz por um percurso histórico, desde a Grécia antiga até a democracia contemporânea, e destaca (CHAUÍ *et al.*, 2020b, p. 11):"

A democracia é uma forma sociopolítica que busca enfrentar as dificuldades [...] conciliando o princípio da igualdade e da liberdade e a existência real das desigualdades, bem como o princípio da legitimidade do conflito e a existência de contradições materiais introduzindo, para isso, a ideia dos direitos (econômicos, sociais, políticos e culturais). Graças aos direitos, os desiguais conquistam a igualdade, entrando no espaço político para reivindicar a participação nos direitos existentes e sobretudo para criar novos direitos. Estes são novos não simplesmente porque não existiam anteriormente, mas porque são diferentes daqueles que existem, uma vez que fazem surgir, como cidadãos, novos sujeitos políticos que os afirmaram e os fizeram ser reconhecidos por toda a sociedade.

A afirmação de Hall (1993), as provocações de Akerman *et al.* (2014) e a reflexão histórica-filosófica proposta por Chauí conduzem à compreensão de que, em um mundo complexo e desigual, a efetivação da democracia pressupõe a

implementação de políticas públicas fundadas no princípio da equidade. Nesse sentido, a equidade, tal como didaticamente apresentada por Chauí, emerge como elemento indissociável da democracia, pressupondo políticas justas, ou seja, instrumentos reais para reduzir as iniquidades e de promover a igualdade. Para tanto, além de serem debatidas e construídas em processos participativos e democráticos, essas políticas também devem responder dialeticamente às categorias de singularidade, particularidade e universalidade que constituem a sociedade para a qual são elaboradas.

Na obra "Para Uma Ontologia do Ser Social" de Lukács (2018b), o autor aprofunda a análise dessas categorias, anteriormente trabalhada por Hegel (singularidade - particularidade - universalidade). Em uma perspectiva marxista, Lukács reflete que a própria experiência humana é atravessada por essas diferentes instâncias de forma articulada entre elas. Pensar o gênero humano como um todo, é fundamental; no entanto, isso requer a compreensão sobre como a humanidade se reproduz no tempo e no espaço, em contextos particulares, historicamente determinados. Pois, ainda que todos sejam humanos, em uma sociedade de classes, nem todos os humanos acessam as mesmas possibilidades.

Nesse contexto, os conceitos de singularidade, particularidade e universalidade desempenham um papel crucial. A singularidade refere-se à individualidade única de cada ser humano, mas Lukács enfatiza que essa singularidade não é isolada ou estática; ela existe em um contexto social dinâmico. A singularidade é afetada pelo ambiente social, mas também pode, de forma reflexiva, exercer influência sobre ele.

As singularidades individuais compartilham elementos comuns que se manifestam em particularidades, como categorias de classe, raça, gênero e outras. Assim, não se pode considerar a singularidade na perspectiva individualista, como o liberalismo propõe. O conjunto de elementos comuns entre diversas "singularidades" que compõem algo 'particular' possibilita, por exemplo, conceber políticas públicas de uma determinada área setorial, para atender essas diferentes categorias de 'particularidade' que, por sua vez, também devem ser analisadas dentro de um contexto historicamente determinado. Se o foco é apenas o universal, desconsiderando-se o particular e o singular, a tendência será cair no universalismo.

O universalismo é abstrato e desconsidera as múltiplas determinações que compõem a realidade social complexa. Se essa abordagem for adotada, as particularidades e as singularidades podem desaparecer, resultando em uma visão

reduzida do todo. Consequentemente, isso pode levar à exclusão de indivíduos e grupos de seus direitos, mesmo que as políticas aparentemente sigam princípios ditos democráticos.

Portanto, a compreensão das relações entre singularidade, particularidade e universalidade, como discutido por Lukács, refletidas na perspectiva de democracia e equidade como apresentado por Chauí, é essencial para o desenvolvimento de políticas públicas eficazes no enfrentamento das iniquidades.

Aterrissando todas essas reflexões no cotidiano da formulação e implementação de políticas públicas, três pontos parecem emergir. Primeiramente, em um mundo tão complexo e desigual, torna-se necessário setorializar a abordagem para favorecer a mediação entre Estado e sociedade no diálogo com o singular, o particular e o universal, favorecendo, por consequência, o planejamento e a coordenação institucional e orçamentária do que deverá ser implementado em diferentes territórios e para diferentes públicos.

Em segundo lugar, é importante ressaltar que a setorialidade, por si só, não é suficiente para promover as condições necessárias à produção e reprodução da vida humana em sua totalidade. Por isso, como terceiro ponto, destaca-se a imprescindibilidade de incorporar uma perspectiva intersetorial aos instrumentos político-jurídicos, como políticas e planos, sem desconsiderar as singularidades, particularidades e universalidades que cada setor apresenta na realidade das pessoas, sociedades e territórios. Essa abordagem intersetorial deve ir além das aparências cotidianas e abranger as estruturas subjacentes que as sustentam (MARX, 2015).

A reflexão sobre a importância da setorialidade e da intersetorialidade no contexto deste estudo, não pode ser apartada da compreensão do papel das políticas públicas como instrumentos de regulação do Estado, sujeitas a disputas de interesses (AKERMAN *et al.*, 2014). As políticas públicas, sejam setoriais ou não, compõem o conjunto de normas e regras estabelecidas pelo Estado para regular a vida e os territórios, orientando a conduta dos indivíduos e instituições. No entanto, o Estado não é neutro, especialmente em uma sociedade capitalista, em que ele desempenha um papel na regulação e promoção das condições favoráveis à acumulação do capital, alinhado aos interesses das elites econômicas (HARVEY, 2005; 2016). Nesse sentido, mesmo em democracias, a formulação e implementação de políticas para a garantia de direitos conquistados por meio das lutas sociais estão sujeitas a tensões e riscos permanentes (MARICATO, 2015; 2017).

No entanto, como afirma Harvey (2014), as práticas cotidianas não estão totalmente determinadas pelas estruturas de poder, podendo também desafiar e transformar essas estruturas. Compreender a importância da setorialidade e da intersetorialidade implica, além de reconhecer os desafios estruturais, também identificar as interconexões entre as lutas sociais. Isso requer uma visão de totalidade, que identifique as raízes das diferentes formas de opressão e exploração.

Harvey enfatiza a importância de reconhecer as interconexões entre as lutas sociais e de desenvolver uma visão de totalidade que permita compreender as raízes comuns das diferentes formas de opressão e exploração. Ele argumenta que a superação da fragmentação requer a construção de um movimento social mais amplo, capaz de articular as diversas lutas em torno de um projeto político comum que busque transformações sociais e econômicas mais profundas. Portanto, compreender a importância da setorialidade e da intersetorialidade implica reconhecer a necessidade de enfrentar os desafios estruturais, articulando ações e políticas setoriais de forma intersetorializada e abordando as estruturas subjacentes que moldam as desigualdades e iniquidades presentes em nossa sociedade.

Diferentemente, mas não em oposição, ao que Akerman *et al.* (2014, p. 4298) defendem como o sendo a “3ª onda” que está por vir, ou seja: “a interdependência generosa em que a intersetorialidade não é apenas instalação de arranjos multisetoriais, mas a decisão ético-política deliberada de que o Estado e sua gestão e políticas servem ao interesse comum”, aqui se defende que as políticas públicas concebidas com a visão dialética sobre singularidade, particularidade e universalidade e comprometidas com o enfrentamento das causas estruturais dos problemas, assumirão, mesmo setorialmente, uma dimensão intersetorial na práxis. Não porque serão interdependentes ou generosas (embora acabarão sendo), mas porque serão concebidas como parte de uma totalidade e não como fragmento isolado em busca de arranjos multisetoriais para se efetivarem no território.

2.3 TOTALIDADE E REIFICAÇÃO PARA INTERSETORIALIDADE E REDUÇÃO DE INIQUIDADES

A reflexão sobre a intersetorialidade e a redução de iniquidades exige uma análise crítica da institucionalização das políticas públicas e de seus impactos na realidade social, como discutido anteriormente. Nesse sentido, propomos aqui

recorrer aos conceitos de Totalidade e Reificação propostos por Lukács, que nos permitem compreender as interconexões e interdependências das diferentes esferas da vida social, superando abordagens fragmentadas e enxergando a complexidade das relações sociais em sua totalidade. A Totalidade nos convida a ir além das aparências superficiais, enquanto a Reificação representa um processo histórico, especialmente presente na sociedade capitalista, que estreita e fragmenta a percepção da realidade social, mediando as relações por meio de objetos e mercadorias. (LUKÁCS, 2018a).

Tanto a Totalidade quanto a Reificação manifestam-se em diferentes aspectos da vida social, como cultura, política, ciência e economia. No entanto, elas se apresentam de maneira antagônica. Enquanto a Totalidade busca compreender a realidade em sua complexidade, a Reificação fragmenta e segmenta a percepção da realidade, tratando diferentes aspectos da vida social como coisas independentes umas das outras, como se fossem situações naturais, 'dadas pela natureza', imutáveis. Esse processo leva à coisificação das relações, impedindo a compreensão de que os fenômenos sociais não são naturais, são fenômenos históricos construídos socialmente e, portanto, possíveis de serem transformados pela ação humana.

Para a análise integrada e interdependente de políticas públicas, e considerando a perspectiva da intersectorialidade e do enfrentamento das iniquidades, é importante refletir sobre o fato de que a setorialização das políticas, por si só, pode promover uma fragmentação e a alienação do sujeito em relação ao conjunto integrado de direitos fundamentais e sociais necessários à produção e reprodução da vida. Quando essa fragmentação é reforçada no conteúdo das próprias políticas e demais instrumentos de regulação e controle (planos, programas estratégias etc.), torna-se mais difícil para os indivíduos, coletivos e sociedade compreenderem-se como sujeitos de direitos e como parte de uma classe social. Como resultado, torna-se menos natural utilizar as próprias políticas como estratégias de luta contra as iniquidades e de busca por uma vida em sua totalidade. Em outras palavras, torna-se mais desafiador enfrentar a Reificação. Para uma melhor compreensão dessa afirmação, recorreremos mais uma vez a Lukács (2018a, p. 107):

A ciência burguesa - de maneira consciente ou inconsciente, ingênua ou sublimada - considera os fenômenos sociais sempre do ponto de vista do indivíduo. E o ponto de vista do indivíduo não pode levar a nenhuma totalidade, quando muito pode levar a aspectos de um domínio parcial, mas na maioria das vezes somente a algo fragmentário: a "fatos" desconexos ou

leis parciais, abstratas. A totalidade só pode ser determinada se o sujeito que a determina é ele mesmo uma totalidade; e se o sujeito deseja compreender a si mesmo, ele tem de pensar o objeto como totalidade. Somente as classes representam esse ponto de vista da totalidade como sujeito na sociedade moderna.

Não obstante essa compreensão, retomamos aqui que, dada a complexidade para que uma política pública tenha um impacto concreto na vida das pessoas, é necessário que as ações do governo, enquanto instituição responsável por tomar decisões e implementar essas políticas, sejam organizadas e implementadas de forma setorial.

Diante desse dilema, a intersectorialidade nas políticas públicas pode se apresentar como uma estratégia de aproximação à Totalidade¹ e resiliência à Reificação. Ela pode fortalecer o enfrentamento das iniquidades (que também não são fragmentadas ou setorializadas) e contrapor-se à objetificação das relações sociais e à mercantilização dos direitos.

Todavia, como tratado no tópico anterior, não estamos nos referindo à intersectorialidade como mera articulação entre diferentes setores governamentais. Articular intersectorialmente sem uma visão de Totalidade não garante uma análise aprofundada e transformadora das iniquidades sociais. Um exemplo emblemático que ilustra a forma reificada de abordagem “intersectorial” em políticas públicas é o caso da ação realizada pela Prefeitura de São Paulo em 2021, ao colocar pedras sob os viadutos com o intuito de impedir que pessoas em situação de rua utilizassem aquele espaço. Ao examinarmos esse caso à luz da Totalidade, é quase óbvio que a questão das pessoas em situação de rua não está desvinculada de causas estruturais. No entanto, a ação da Prefeitura evidenciou uma abordagem reificada, na qual a solução proposta foi de intervenção física no espaço e não nas complexas causas sociais que levaram aquelas pessoas a essa situação de vulnerabilidade. Essa perspectiva fragmentada e descontextualizada da realidade social contribui para a reprodução das iniquidades.

Um segundo exemplo, mais genérico, mas dentro tema deste trabalho, é a forma como os serviços de transporte coletivo são ofertados nas cidades. A princípio, numa articulação entre o setor de mobilidade e o setor econômico, são planejados e ofertados itinerários e frequência do transporte público coletivo para atender ao

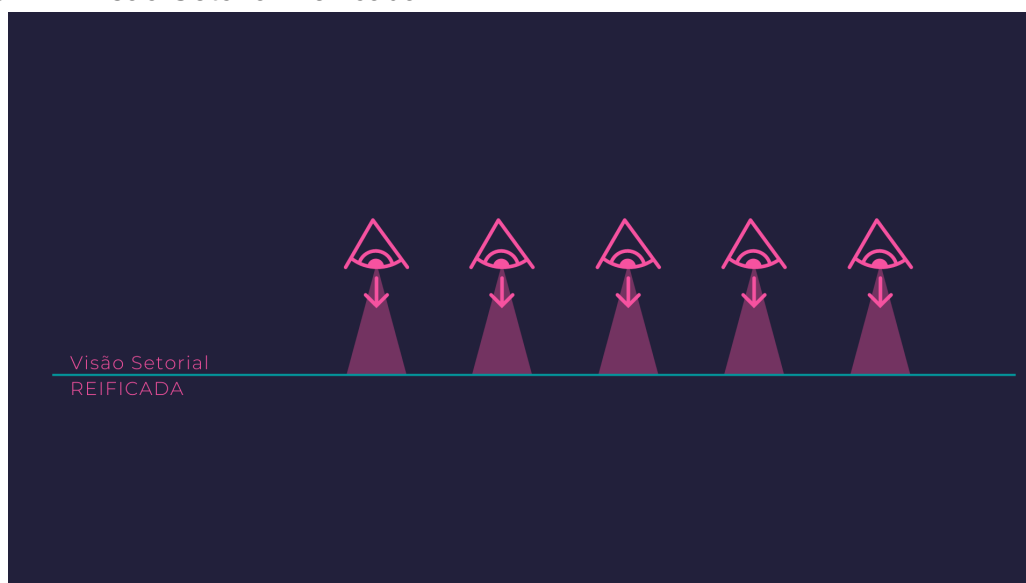
¹ Importante destacar que totalidade trabalhada por Lukács nada tem a ver com o conceito de instituições totais de Erving Goffman.

deslocamento de trabalhadoras e trabalhadores aos centros econômicos onde os empregos estão concentrados. No entanto, mesmo sendo uma articulação entre dois setores diferentes, reflete uma abordagem reificada uma vez que foca no ganho e expansão do capital e desconsidera o valor de uso do transporte público coletivo para a produção e reprodução da vida das populações trabalhadoras, em especial as que residem em áreas periféricas. Restritas à oferta do transporte público para o deslocamento pendular casa-trabalho-casa, essas populações são exiladas das demais oportunidades da cidade na dimensão da cultura, lazer, saúde e educação, reproduzindo desigualdades e aprofundando iniquidades.

O pressuposto de partida neste trabalho é que, à medida que as políticas públicas, mesmo setoriais, estabelecerem relações com a Totalidade, será favorecido o fortalecimento da intersectorialidade e os efeitos abrangentes no enfrentamento das iniquidades. Por outro lado, à medida que as políticas públicas estabelecerem relações com a Reificação, aumentará a chance de o próprio público-alvo dessas políticas alienar-se de seus direitos, enfraquecendo o espaço para políticas neoliberais de focalização e mercantilização dos serviços, em detrimento da universalização e garantia dos direitos sociais.

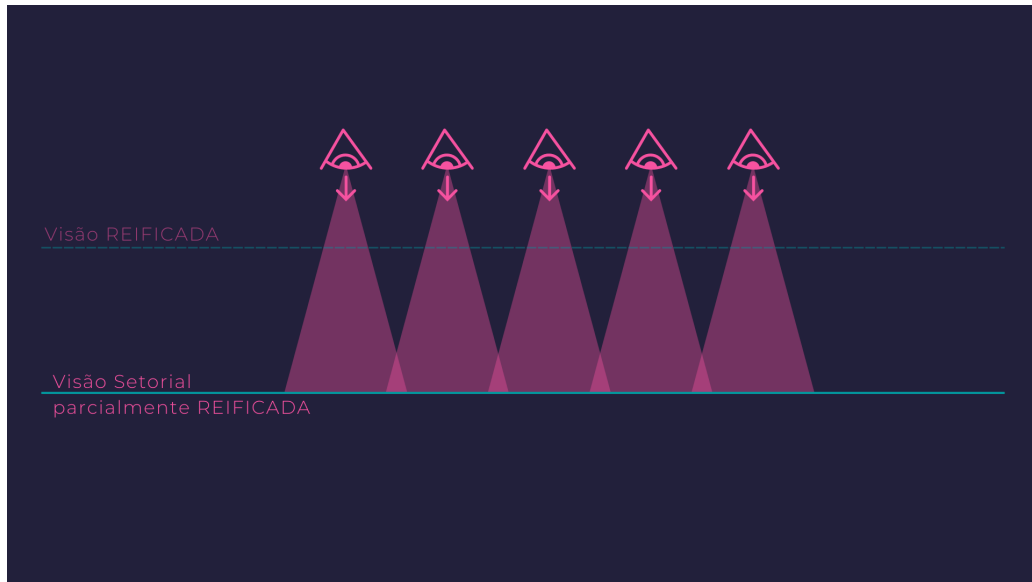
Para ilustrar a abordagem sobre setorialidade e intersectorialidade tratada neste capítulo, sob a chave analítica da totalidade e reificação, são apresentadas as três figuras abaixo:

Figura 1 – Visão Setorial Reificada



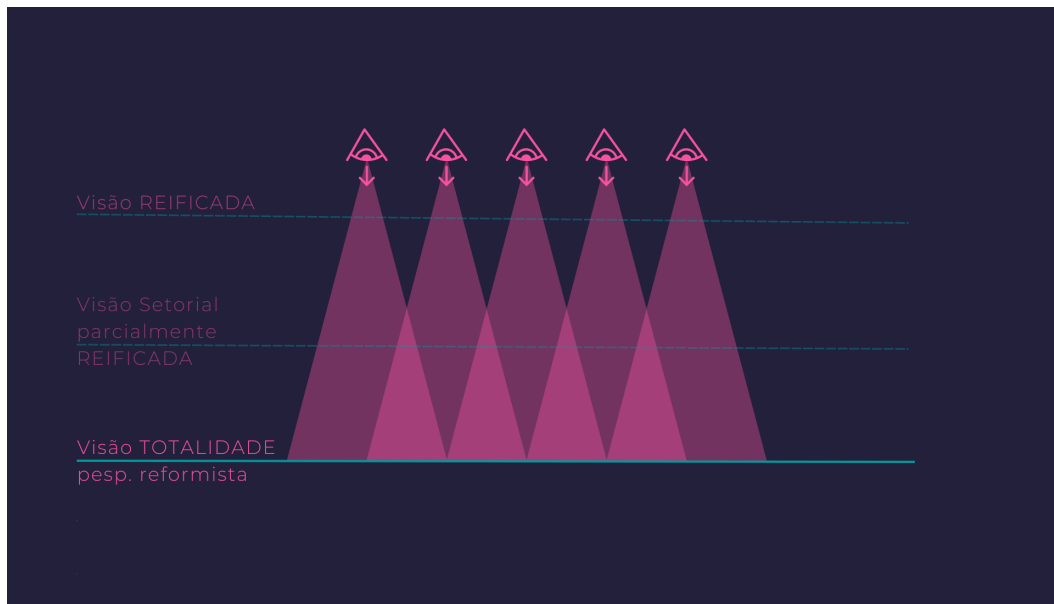
Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 2 – Visão Setorial parcialmente Reificada



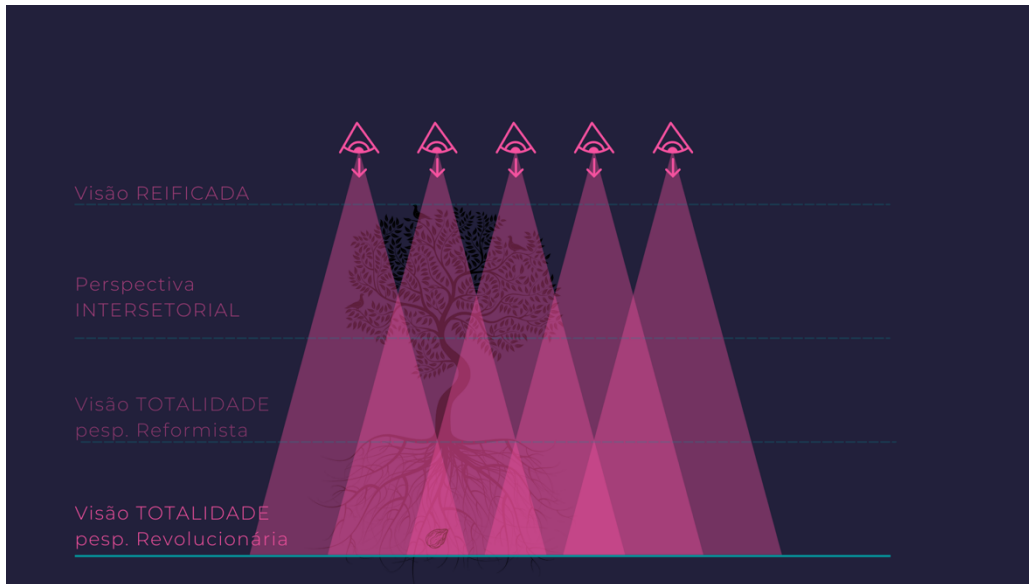
Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 3 – Visão Setorial com Totalidade - na perspectiva reformista



Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 4 – Visão Setorial com Totalidade - na perspectiva revolucionária e considerando todas as dimensões da singularidade, particularidade e universalidades de forma dialética



Fonte: Elaborado pela autora.

4. OBJETO DE ESTUDO

Neste capítulo, apresentaremos o "objeto de estudo" da pesquisa, que compreende instrumentos jurídico-políticos institucionalizados como políticas, mais precisamente a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a Política Nacional de Mobilidade Urbana (PNMU). Contudo, cabe destacar uma reflexão acerca do uso do termo "objeto de estudo" nesta dissertação.

A utilização do referido termo, a princípio, pode sugerir um posicionamento desengajado e distante em relação ao que se investiga. No entanto, essa concepção não corresponde à orientação teórico-metodológica adotada neste trabalho. Ao contrário, apesar de o foco estar direcionado a documentos textuais de políticas públicas setoriais, estas são compreendidas aqui não como meras peças estáticas e desprovidas de significado, mas como elementos que refletem fenômenos sociais em processos de lutas por direitos e disputas políticas (FREIRE, 2013).

Adotamos, portanto, uma perspectiva que reconhece a agência e a participação ativa dos sujeitos nos processos que resultaram na criação dessas políticas. Logo, esses documentos, citados como "objeto de estudo", são o produto de intensas lutas sociais. Isso reforça a compreensão sobre seu caráter político deles e a sua inserção nas dinâmicas de poder e luta de classes que caracterizam o mundo capitalista (HARVEY, 2005).

Assim, embora nos refiramos a essas políticas públicas como "objetos de estudo", é importante enfatizar que vemos e abordamos esses "objetos" não como entidades passivas e inanimadas, mas como expressões vivas da luta social e política e dos esforços coletivos para promover a saúde e a mobilidade urbana nos territórios e na vida das pessoas e sociedades.

4.1 A POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) foi institucionalizada em 2006, após um processo longo e gradual de construção, que contou com a participação de diversos atores sociais ao longo de décadas de luta.

Internacionalmente, a promoção da saúde começou a ganhar relevância nos anos 70, sendo que a experiência da China comunista foi uma importante fonte de inspiração para os primeiros documentos no mundo ocidental que adotaram o

conceito de "campo da saúde" e a denominação de "promoção da saúde". Essa abordagem também introduziu o conceito de "determinantes de saúde" (HEIDMANN *et al.*, 2006).

Nessa mesma década, no Brasil, os movimentos sociais de luta pela saúde militavam contra as condições precárias dos serviços de saúde e defendiam uma abordagem mais abrangente e integrada, alinhada aos debates internacionais em curso. Nesse período teve início no país as campanhas de vacinação e as ações comunitárias de saúde, que buscavam promover a participação da população e a conscientização sobre a importância da prevenção e promoção da saúde.

Nos anos 80, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, Canadá. Esse evento foi um marco fundamental para a consolidação da compreensão de que a saúde vai para além do modelo biomédico tradicional, envolvendo também os determinantes sociais, econômicos e ambientais que influenciam o bem-estar da população, fundamentais para a compreensão das desigualdades sociais e de saúde, sendo necessário abordá-los de forma integral na promoção da saúde.

A partir da síntese feita por Heidmann *et al.* (2006) sobre estratégias de promoção à saúde, segundo a Carta de Ottawa, resgatamos: Implementação de políticas públicas saudáveis como elemento essencial na promoção da saúde, com uma abordagem intersetorial na formulação de políticas públicas e sua implementação no setor da saúde.

- 1) A Criação de ambientes favoráveis à saúde incluindo a proteção do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais.
- 2) Reorientação dos serviços de saúde focando na saúde em vez da doença e buscando a integralidade das ações de saúde.
- 3) Reforço às ações comunitárias utilizando os recursos e ações disponíveis na comunidade, contribuindo para o desenvolvimento da participação popular nos assuntos de saúde e para o empoderamento comunitário.
- 4) Desenvolvimento de habilidades pessoais capacitando as pessoas a "aprenderem através da vida", incluindo a divulgação de informações, a educação para a saúde e o fortalecimento das habilidades vitais, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e social.

A incorporação dos determinantes sociais da saúde na agenda internacional, seguida pela sua adoção no Brasil, desempenhou um papel fundamental na

consolidação de uma perspectiva mais abrangente e crítica sobre a saúde e suas determinações. Essa compreensão influenciou diretamente a formulação de políticas públicas de saúde no país, fortalecendo o enfoque na promoção da saúde com base em um referencial teórico sólido e nos resultados alcançados por suas práticas.

Em 1986, sob a liderança do movimento brasileiro pela reforma sanitária, foi realizada em Brasília a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Esse evento confirmou-se como um marco do longo processo de mobilização e debates que culminaram na proposição de uma nova ordem constitucional para a saúde no país. A Conferência foi um marco significativo no processo de mobilização e debates, que resultaram na proposta de uma nova ordem constitucional para a saúde no país. Durante a conferência, foram abordados diversos temas, incluindo o acesso e descentralização dos serviços de saúde, participação popular, financiamento e a formação de recursos humanos.

Um dos desdobramentos mais relevantes desse encontro foi o reconhecimento, na Constituição Federal de 1988, do direito à saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Tal reconhecimento estabeleceu as bases para a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente oficializado pela Lei nº 8080 em 1990. A referida Lei, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, regulamentou os princípios e diretrizes do SUS, estabelecendo as responsabilidades dos entes federativos e os mecanismos de financiamento do sistema.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde desempenhou ainda um papel fundamental na consolidação dos ideais da reforma sanitária no Brasil. Ao colocar a saúde como um direito fundamental, ela impulsionou a construção de um sistema de saúde universal, integral e equitativo. A partir desse marco, iniciou-se um processo de implementação de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de doenças e a garantia do acesso aos serviços de saúde para toda a população brasileira.

Nos anos 90, ocorreu um notável aumento do interesse acadêmico pela promoção da saúde, impulsionando a realização de diversos estudos que buscavam avaliar a efetividade das ações promotoras de saúde. Nessa década, também surgiram importantes programas no cenário brasileiro, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), os quais reforçaram a importância da abordagem comunitária e da atenção primária à saúde. Paralelamente, entre os anos 90 e meados dos anos 2000, ocorreram múltiplos

encontros, fóruns e debates em nível nacional e regional, nos quais representantes de diversos setores da sociedade participaram ativamente, visando aprofundar as discussões e aprimorar as propostas para uma política nacional de promoção da saúde (HEIDMANN *et al.*, 2006).

Esses espaços de discussão e participação desempenharam um papel fundamental na construção coletiva e no fortalecimento do movimento pela promoção da saúde. Como resultado desses esforços, a Política Nacional de Promoção da Saúde foi instituída por meio da Portaria MS/GM nº 68, de 30 de março de 2006. Nos anos seguintes, houve uma ampliação das discussões e debates em torno da promoção da saúde, visando aprimorar suas estratégias e enfrentar os desafios relacionados à sua implementação.

Em 2013, ocorreram seminários e oficinas em todas as regiões do Brasil, reunindo trabalhadores da saúde, movimentos sociais, gestores, academia e diferentes instituições, com o objetivo de discutir e propor melhorias na PNPS para atender às diversas realidades socioterritoriais do país. O resultado desse amplo processo participativo foi revisado com a contribuição de grupos de especialistas e submetido à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e ao Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A versão revisada da PNPS foi publicada na Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014. Além de já fazer parte da agenda estratégica dos gestores do SUS, a política passou a ser incorporada nos Planos Nacional, Estaduais e Municipais de Saúde, mantendo e reforçando os princípios doutrinários de universalidade, integralidade e equidade, bem como os princípios organizativos de regionalização, hierarquização, descentralização e participação do SUS.

Em 2017, o texto da Política Nacional de Promoção da Saúde foi incorporado à Portaria de Consolidação nº 2, emitida em 28 de setembro. Essa medida visa consolidar e sistematizar as diretrizes e normas relacionadas à promoção da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A inclusão da PNPS nessa portaria contribui para fortalecer sua importância e relevância dentro das políticas públicas de saúde no Brasil (BRASIL, 2018, p. 6).

A PNPS revisada aponta a necessidade de articulação com outras políticas públicas para fortalecê-la, com o imperativo da participação social e dos movimentos populares, em virtude da impossibilidade de que o setor Sanitário responda sozinho ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde. Assim, objetivos, princípios, valores, diretrizes, temas transversais,

estratégias operacionais, responsabilidades e temas prioritários, reformulados e atualizados para esta política do Estado brasileiro, visam à equidade, à melhoria das condições e dos modos de viver e à afirmação do direito à vida e à saúde, dialogando com as reflexões dos movimentos no âmbito da promoção da saúde.

4.2 A POLÍTICA NACIONAL DE MOBILIDADE URBANA

O processo histórico de luta dos movimentos no campo da mobilidade urbana difere significativamente do movimento sanitarista no setor da saúde. Este último, com uma ampla articulação de base e militância em escala nacional, construiu uma profunda reforma política no campo da saúde, integrada à luta pela redemocratização, que resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Por outro lado, os movimentos de luta pela mobilidade se desenvolveram de forma mais fragmentada, com uma abrangência majoritariamente local, mesmo quando ocorriam simultaneamente em diferentes cidades.

Iniciaram com reivindicações focadas na melhoria do transporte coletivo e, apenas no início dos anos 2000, ampliaram sua militância para incluir a agenda da mobilidade ativa. A perspectiva mais abrangente de mobilidade urbana, que inclui e articula os diferentes modos de deslocamento, defende a universalidade e a equidade no deslocamento e acesso à cidade, e disputa o urbanismo como parte integrada da agenda da mobilidade, é uma conquista recente. Esta visão vem ganhando novas dimensões com a proposta de criação de um Sistema Único de Mobilidade Urbana, o SUM.

De toda forma, não podemos afirmar uma ausência histórica de agendas nacionais no campo da mobilidade. Na dimensão institucional, entre as décadas de 1960 e 1980, o governo brasileiro criou e implementou uma política de transportes coordenada e concebida como uma política nacional de integração e desenvolvimento. Partindo, mas não se restringindo ao que havia sido concebido no "Plano de Metas" do governo Juscelino Kubitschek (1956-1961), a Política Nacional de Transporte do período da ditadura militar se orientou por uma "doutrina de Segurança Nacional" e contou com empréstimos de um convênio firmado com o Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (BIRD). Este acordo resultou na contratação da empresa norte-americana Coverdale & Colpitts para a realização do Estudo de Transportes do Brasil e, posteriormente, na contratação de empresas estrangeiras para a execução de obras (GOULARTI FILHO, 2016).

Como contrapartida desse acordo, em 1965, foi criada uma instância de coordenação nacional para planejar e implementar as políticas públicas de transporte no Brasil, o Grupo Executivo de Integração das Políticas de Transporte (Geipot). No decreto assinado pelo então presidente Castelo Branco, o Geipot tinha como objetivo 'traçar as diretrizes para o atendimento integrado, eficiente e econômico da presente e futura demanda de transportes no País'. A indústria automobilística no país continuou a receber os incentivos iniciados no governo de Juscelino Kubitschek, mantendo e alimentando a lógica do urbanismo rodoviarista. Ainda assim, a política nacional de transportes desse período abrangia o planejamento integrado dos transportes rodoviário, marítimo e fluvial, ferroviário e aéreo, embora, na escala urbana, o planejamento dos transportes não contemplasse os deslocamentos ativos (andar a pé e de bicicleta) e tampouco a integração desses com o transporte coletivo.

Ao longo da década de 1970, muitos planos, projetos e obras foram realizados sob a orientação técnica do Geipot, que foi transformado na Empresa Brasileira de Planejamento e Transportes em 1973. Essa empresa era responsável por desenvolver planos de transporte nacionais, regionais e urbanos, além de fornecer assessoria técnica regular aos estados e municípios para o planejamento de seus sistemas de transporte coletivo. No entanto, apesar da implementação dessas políticas de transporte público, as cidades continuaram a expandir-se territorialmente, impulsionadas por uma visão rodoviarista² que priorizava o alargamento e a ampliação sucessiva das vias, a construção de viadutos e outras intervenções para acomodar mais veículos em circulação, em detrimento da adoção de políticas que, efetivamente, priorizassem os transportes coletivos como estruturadores do desenvolvimento urbano (VASCONCELLOS, 2013). Este aparente paradoxo pode ser explicado pela influência da indústria automobilística, que, alinhada e apoiada por uma elite econômica, era um elemento orientador das tomadas de decisão política sobre o desenvolvimento urbano no Brasil.

No mesmo ano de 1973, a Empresa Brasileira de Transportes Urbanos (EBTU) foi criada e a formação das primeiras regiões metropolitanas do Brasil - São Paulo, Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Salvador, Curitiba, Belém e Fortaleza - foi aprovada. Essa ação tinha como objetivo a elaboração de planos de desenvolvimento

2 Uma abordagem de planejamento urbano que direciona os investimentos públicos para favorecer o uso do automóvel particular, priorizando a infraestrutura de transporte rodoviário em detrimento de outras formas de mobilidade.

integrado e a programação de serviços comuns. A lei que estabeleceu as regiões metropolitanas também previu a elaboração de Planos Diretores de Transportes Urbanos (PDTU). Durante essa década, a taxa de motorização no Brasil era de 15 carros para cada 1000 habitantes.

O foco dos PDTUs estava na estruturação do transporte coletivo rodoviário e ferroviário (ônibus, metrô e trens), sendo o último prioritário nas regiões metropolitanas e o primeiro em várias capitais e grandes cidades brasileiras. A participação popular no planejamento era inexistente, e a pauta não estava em disputa com movimentos sociais. De acordo com Ianni (1986), formou-se uma tecnocracia baseada em princípios técnicos e científicos, composta por um corpo técnico com formação acadêmica e altamente qualificado, orientada pela meritocracia. Goularti Filho (2016) ressalta que, mesmo dentro dessa formação técnico-científica, não havia neutralidade, pois o corpo de funcionários dos diversos órgãos de planejamento estava atendendo às demandas de uma elite nativa conservadora e de um Estado capitalista.

Na primeira metade da década de 1980, mesmo com os impactos da crise do petróleo sobre a economia brasileira, o Geipot continuou com os estudos para a implantação de metrô, trens e corredores de transporte coletivo (ônibus). No entanto, o agravamento do cenário econômico, a consequente retirada de investimentos públicos na área e as mudanças de competências que a Constituição de 1988 estabeleceu para os entes federados, deram novos rumos à agenda de transporte no Brasil.

Com o transporte agora sob responsabilidade municipal e as antigas 'empresas de ônibus' concentradas nas mãos de uma elite local, tornou-se mais difícil uma articulação nacional em prol de uma mobilidade urbana de qualidade. Talvez por essa razão, por um longo período, as lutas pela mobilidade urbana concentraram-se nas lutas pelo transporte coletivo urbano, localizadas nas cidades e, inicialmente, lideradas por trabalhadores precarizados ou recém-sindicalizados. Posteriormente, estas lutas foram também incorporadas por estudantes que reivindicavam a gratuidade nos transportes coletivos, movimentos estes que dialogavam com as lutas pela reforma urbana.

Importa-nos lembrar que nas décadas de 1970 e 1980, de forma articulada à luta pela redemocratização, o movimento pela reforma urbana, que havia se iniciado na década de 1960 e desmobilizado pela ditadura militar, reaglutinou-se e fundou o

Fórum Nacional da Reforma Urbana (FNRU). Buscando transcender reivindicações pontuais e específicas ao defender uma agenda unificada e estruturada para as cidades, o Fórum coordenou a luta pela gestão urbana e efetivação do direito à cidade para todos os brasileiros (MARICATO, 2017). Desempenhou um papel crucial na inclusão dos princípios da "função social da propriedade" e da "gestão democrática da cidade" na Constituição de 1988. Além disso, teve relevância na proposição e aprovação do Estatuto da Cidade pelo Congresso, um marco legislativo que representa um avanço significativo no reconhecimento da cidade como um espaço de realização do bem comum, destacando a participação popular e a democratização da gestão urbana (SAULE JÚNIOR; UZZO, 2015).

Enquanto essas lutas buscavam abrir caminho para um possível futuro urbano mais democrático, os governos neoliberais da década de 1990 promoviam a privatização do patrimônio público, criavam mais espaço para a indústria automobilística - consolidando o sonho do carro próprio no imaginário coletivo -, suspendiam investimentos públicos em transporte e desmantelavam as estruturas de planejamento, tornando mais distantes as possibilidades de uma nova política nacional que articulasse os entes federados para uma coordenação integrada da mobilidade urbana. Nessa década, a taxa de motorização no Brasil havia aumentado para 74 carros por 1000 habitantes, e a expansão urbana, seguindo o modelo rodoviarista de cidade, continuava a acentuar os desafios para uma mobilidade urbana de qualidade.

Ao longo dos anos 2000, mudanças no curso das lutas pela reforma urbana comprometeram as agendas unificadas sobre o direito à cidade. De acordo com Maricato (2017), o FNRU se distanciou do confronto político, perdeu a autonomia e foi diluído nas agendas governamentais. Em geral, as lutas urbanas perderam sua crítica às estruturas e voltaram a se pautar por reivindicações mais pontuais e fragmentadas. Nesse mesmo período, movimentos ligados à mobilidade ativa começaram a ganhar força em diferentes cidades, mas frequentemente desarticulados dos movimentos de luta pelo transporte público. É neste contexto ambíguo de enfraquecimento da luta integrada pela reforma urbana e do crescimento dos movimentos que lutam por uma mobilidade que integre os modos ativos, que a Política Nacional de Mobilidade Urbana (PNMU) é gestada e institucionalizada.

A Política Nacional de Mobilidade Urbana, aprovada em 2012, foi proposta como um instrumento de política de desenvolvimento urbano, com o objetivo principal

de contribuir para o acesso universal à cidade. Essa contribuição seria dada por meio do planejamento e da gestão democrática do Sistema Nacional de Mobilidade Urbana³. No ano de sua aprovação, a taxa de motorização no Brasil já havia atingido a marca de 213 carros para cada 1000 habitantes. Nesse contexto, dois dispositivos da PNMU introduziram inovações significativas para enfrentar o modelo hegemônico centrado no carro: (i) a promoção da equidade no uso do espaço público de circulação, vias e logradouros; e (ii) a priorização dos modos de transportes não motorizados⁴ sobre os motorizados, além dos serviços de transporte público coletivo sobre o transporte individual motorizado.

No capítulo dedicado às diretrizes para a regulação dos serviços de transporte coletivo da PNMU há uma ênfase nas condições econômico-financeiras da concessão do transporte público, mantendo o pressuposto de que a tarifa cobrada do usuário é a fonte principal de remuneração do serviço. No entanto, outro capítulo, que aborda as diretrizes para o planejamento e gestão dos sistemas de mobilidade urbana, estabelece que o planejamento e gestão desses sistemas devem visar à universalização da oferta de transporte público coletivo. Esta diretiva abre oportunidades para que as políticas e planos locais mirem para além do modelo de serviço remunerado pela tarifa e tragam alternativas concretas para universalização e equidade para esse serviço público.

A PNMU também estabelece a participação social no planejamento, fiscalização e avaliação da política local de mobilidade urbana. Ela ainda exige que municípios com população superior a 20 mil habitantes, entre outros, elaborem e apresentem planos de mobilidade urbana, visando promover o crescimento ordenado das cidades.

Embora, uma década após a aprovação da PNMU, a taxa de motorização no Brasil tenha ultrapassado 470 carros por 1000 habitantes (MOBILIDADOS, 2023) e os problemas tenham se agravado, soluções localizadas têm indicado caminhos possíveis para um enfrentamento nacional aos problemas estruturais da mobilidade urbana.

³ Embora a própria PNMU conceitue o Sistema Nacional de Mobilidade Urbana como “o conjunto organizado e coordenado dos modos de transporte, de serviços e de infraestruturas que garante os deslocamentos de pessoas e cargas no território do Município” esse Sistema não existe efetivamente.

⁴ A expressão “modos não motorizados” encontrada na Política Nacional de Mobilidade Urbana é criticada por alguns segmentos por se referir à mobilidade principalmente por aquilo que elas não são (ou seja, não são movidas a motor) expressando ainda uma visão carrocêntrica que coloca a mobilidade ativa como algo secundário.

Permanece o desafio de mudar a lógica do carro como elemento central nas cidades e na vida das pessoas. Isso se deve tanto à influência política e econômica da indústria automobilística e toda a sua cadeia de produção, incluindo os mercados de petróleo, quanto ao nível de persuasão que o marketing do 'carro particular' continua exercendo na sociedade contemporânea, tornando-o símbolo de ascensão social e qualidade de vida, alienando-nos dos altos custos ambientais, sociais e de saúde que esse modelo representa.

Ainda que a PNMU possa ser considerada insuficiente para uma mudança de paradigmas, ela fornece alternativas jurídicas, políticas e administrativas para uma atuação mais avançada e qualificada das administrações públicas e dos movimentos sociais por uma mobilidade urbana universal, equitativa e que contribua para o direito à cidade e o direito à saúde.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Apresentar possibilidades, no nível das políticas públicas, de enfrentamento e redução de iniquidades em saúde por meio da intersectorialidade entre a saúde e a mobilidade urbana.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Compreender a mobilidade urbana como determinação social da saúde;
- b) Entender a intersectorialidade no contexto das políticas públicas;
- c) Identificar e propor possibilidades de intersectorialidade para a redução das iniquidades a partir da análise integrada e articulada de políticas públicas na área da Saúde e de Mobilidade Urbana.

6 METODOLOGIA

Esta pesquisa teve suporte na abordagem qualitativa tendo como referencial a dialética marxista, o materialismo histórico-geográfico de David Harvey e a teoria crítica de György Lukács. Os dados do estudo foram extraídos de documentos jurídico-políticos, quais sejam a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a Política Nacional de Mobilidade Urbana (PNMU). O percurso metodológico do estudo compreendeu três fases:

- a) Revisão bibliográfica com uma abordagem exploratória e interpretativa;
- b) Análise temática para definição categórica;
- c) Análise integrada das políticas.

A análise integrada das políticas foi realizada em duas camadas com dois passos metodológicos em cada uma:

PRIMEIRA CAMADA - Análise integrada e Macrocategorias

- (i) a definição e aplicação das macrocategorias para compreender em que aspectos e como as políticas públicas de saúde e mobilidade urbana abordam a intersectorialidade; e
- (ii) análise de conteúdo com abordagem semaforizada para favorecer a visualização do nível de aproximação ou distanciamento dos conceitos de Totalidade e Reificação, refletindo o potencial alcance das políticas na redução de iniquidades.

SEGUNDA CAMADA - Análise integrada, discussão e Microcategorias

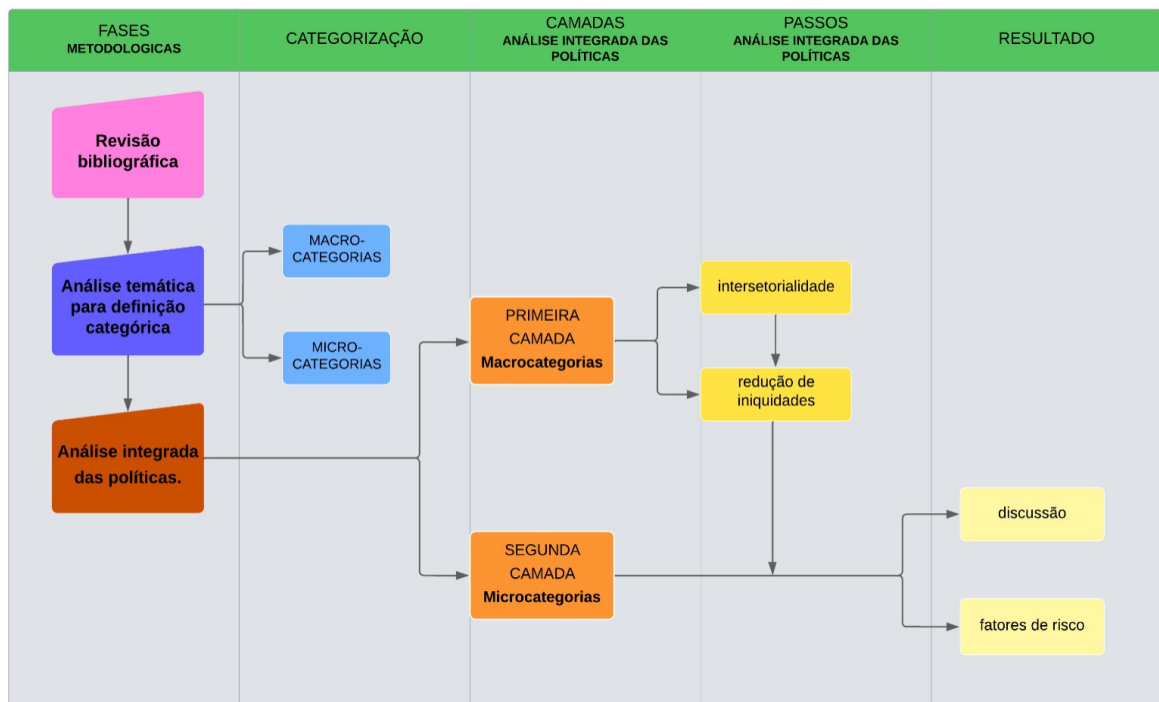
- (i) a discussão de implicações no caso dos conteúdos das políticas que foram classificados semaforicamente apresentando ausências, contradições ou visão fragmentada em relação ao conceito de Totalidade; e
- (ii) aplicação das microcategorias para analisar os fatores de risco à saúde decorrentes da mobilidade urbana a partir da perspectiva de determinação social da saúde trabalhada nesta pesquisa.

O problema de pesquisa para o qual miramos o nosso olhar investigativo são as iniquidades em saúde relacionadas à mobilidade urbana sobre a qual apresentamos a seguinte questão: *a intersectorialidade em políticas públicas pode*

contribuir para a redução de iniquidades em saúde determinadas pela mobilidade urbana?

As duas camadas de análise integrada se complementam, oferecendo uma visão ampla das políticas e seu potencial para a intersetorialidade e redução de iniquidades.

Figura 5 – Fluxo de etapas metodológicas



Fonte: Elaborado pela autora.

6.1 MÉTODO DE CATEGORIZAÇÃO

Este capítulo detalha a metodologia empregada para a definição e conceituação das camadas categóricas utilizadas para analisar e interpretar instrumentos jurídico-políticos, objeto da pesquisa: a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a Política Nacional de Mobilidade Urbana (PNMU).

Utilizamos a Análise Temática (AT) como método para a definição e conceituação de cada uma das camadas categóricas de análise: macrocategorias, microcategorias.

Segundo Souza (2019), a “Análise Temática é um método de análise qualitativa de dados para identificar, analisar, interpretar e relatar padrões⁵ a partir de dados qualitativos.” Sua aplicabilidade é especialmente útil neste contexto em que partimos do estudo de políticas e planos para buscar compreender possibilidades de intersectorialidade entre saúde e mobilidade no enfrentamento de iniquidades.

A Análise Temática na presente pesquisa foi conduzida de forma dedutiva/indutiva. Isso significa que as duas camadas categóricas de análise foram predefinidas a partir de conhecimentos teóricos e experiências técnica e profissional adquiridas ao longo dos anos de gestão e formulação de políticas públicas.

Para a predefinição e conceituação das macrocategorias, nos ancoramos nos conceitos de Totalidade e Reificação, apresentados na introdução do trabalho. Eles foram adotados como uma lente de ampliação através da qual os instrumentos político-jurídicos foram estudados e analisados com foco nos potenciais de intersectorialidade e enfrentamento às iniquidades.

O conceito de Determinação Social da Saúde, também apresentado na introdução do trabalho, foi um balizador para a predefinição e conceituação das microcategorias. Esse conceito foi a lente de aproximação através da qual os instrumentos jurídico-políticos foram estudados e analisados com foco nos fatores de risco à saúde relacionados à mobilidade urbana.

A metodologia da Análise Temática utilizada para definir as macrocategorias e microcategorias, permitiu reflexões contextualizadas, fundamentadas e alinhadas à análise documental. Isso possibilitou a compreensão sobre questões de saúde e mobilidade necessárias para tentar responder à pergunta de pesquisa: a

⁵ O termo apresentado por SOUZA (2019) para identificar, analisar, interpretar e relatar padrões é ‘temas’, mas nesse trabalho adotaremos ‘macrocategorias’, e ‘microcategorias’.

intersetorialidade em políticas públicas pode contribuir para a redução de iniquidades em saúde determinadas pela mobilidade urbana?

A Análise Temática orientou-se pelas seis fases metodológicas apresentadas por Braun e Clarke (2013; 2014) assim descritas:

1. *Familiarização com os Dados*: essa etapa envolve uma leitura cuidadosa e detalhada dos documentos selecionados como material de estudo, mais especificamente, as políticas nacionais e os planos distritais de saúde e de mobilidade urbana e mobilidade ativa. É uma etapa crucial para adquirir uma visão geral dos dados, bem como para identificar informações preliminares que podem ser relevantes para as análises subsequentes. Num processo ativo de leitura e releitura dos documentos, os dados identificados como relevantes foram transcritos, e as ideias iniciais registradas.
2. *Geração de Códigos Iniciais*: a partir da familiarização com os dados, foi iniciada a codificação dos textos, processo no qual são identificadas e marcadas passagens que parecem relevantes em relação às categorias predefinidas – nesse caso sempre tendo em perspectiva as possibilidades de intersetorialidade e enfrentamento das iniquidades em saúde determinadas pela mobilidade urbana. Cada passagem foi codificada de modo sistemático com base em sua relevância para a pesquisa. Isso foi feito utilizando a abordagem dedutiva guiada pelo conhecimento teórico e expertise do(a) pesquisador(a), mas também assimilando e integrando categorias que emergiram do campo, tornando a abordagem também indutiva.
3. *Busca por Categorias*: no método de Análise Temática apresentado por Braun e Clarke (2013; 2014), após a codificação, os códigos são agrupados em potenciais categorias. Elas representam conceitos mais amplos que emergem dos códigos e que são relevantes para a questão da pesquisa. Entretanto, neste trabalho fizemos uma adaptação desta etapa: como as categorias estavam predefinidas, fizemos a codificação com base nessas categorias, mas também codificamos o que não se encaixava em nenhuma delas. Analisamos esses códigos e, partir disso, montamos novos agrupamentos ou integramos esses novos códigos a agrupamentos anteriores ajustando-os, quando necessário, às categorias predefinidas.

Essa etapa permitiu uma análise mais abrangente dos dados, para além do nível dos códigos individuais.

4. *Revisão de Categorias*: esta etapa envolveu a revisão das categorias propostas para garantir que elas se ajustassem aos dados codificados e ao conjunto de dados como um todo. Foi um momento para refletir sobre os limites e definições de cada categoria e ajustá-las à medida do necessário, gerando um mapa categórico da análise.
5. *Definição e Nomeação de Categorias*: aqui, houve um refinamento das categorias, aprofundando suas características distintivas e definindo claramente o que cada um representava. No método de Análise Temática apresentado por Braun e Clarke (2013; 2014), nesta etapa, cada categoria é nomeada de forma a refletir seu conteúdo e significado essencial. Na adaptação feita para este trabalho, mantivemos os procedimentos para as categorias que emergiram do campo, mas no caso das categorias que estavam previamente definidas e nomeadas, o que fizemos foi uma revisão para garantir que refletissem seu conteúdo e significado essencial.
6. *Produção do Relatório*: Braun e Clarke (2013; 2014) definem que a última etapa é a descrição textual dos resultados da Análise Temática. Esta descrição apresenta como as categorias foram analisadas, e discute seus significados e implicações. Neste trabalho não produzimos os relatórios. No capítulo que apresenta os relatórios, além da matriz analítica e dos quadros de sistematização, foram apresentadas discussões sobre o resultado.

6.1.1 Macrocategorias de Análise

Partindo dos conceitos de Totalidade e Reificação e tendo como perspectiva identificar componentes das políticas e planos que indiquem maior ou menor potencial de intersetorialidade no enfrentamento das iniquidades, foram definidas, nomeadas e conceituadas 10 categorias de análise. Essas categorias não são mutuamente exclusivas e serão tratadas neste estudo como macrocategorias: MaC1.Territorialidade; MaC2.Acesso e Equidade; MaC3.Intrasetorialidade; MaC4.Intersetorialidade; MaC5.Diversidade; MaC6.Responsabilidade Socioambiental; MaC7.Responsabilidade Socioeconômica; MaC8, Participação Democrática; MaC9.Comunicação Social; e MaC10.Processos Formativos.

6.1.1.1 MaC1. Territorialidade

Refere-se ao reconhecimento das especificidades e pluralidade dos diferentes territórios abrangidos pela política, englobando os aspectos socioeconômicos, culturais, ambientais, políticos e simbólicos presentes nesses territórios. Busca identificar se a política reconhece a importância de uma abordagem equânime e universal, considerando a disponibilidade de infraestrutura e serviços públicos locais, e a conexão desses territórios com outros que oferecem maior disponibilidade de oportunidades na cidade.

6.1.1.2 MaC2. Acesso e Equidade

Refere-se à garantia de acesso universal aos benefícios e à oferta dos diferentes serviços relacionados à política pública, bem como à distribuição justa dos recursos e bens relacionados a essa política. Considera as necessidades e demandas das populações, com o objetivo de enfrentar e superar as iniquidades resultantes da discriminação e desigualdades sociais, socioespaciais e socioeconômicas.

6.1.1.3 MaC3. Intrasetorialidade

Refere-se a uma abordagem integrada e colaborativa entre os diferentes atores dentro do próprio setor, visando à formulação e implementação de políticas que promovam sinergias e ações complementares, potencializando os resultados e buscando a equidade. Esta categoria envolve a interconexão e a interdependência dos diferentes tipos e níveis de serviço, levando em consideração as complexidades e interações entre eles.

6.1.1.4 MaC4. Intersetorialidade

Refere-se à articulação e colaboração entre diferentes setores e áreas de atuação governamentais e não governamentais, visando à integração e à convergência de esforços para abordar questões complexas e promover soluções mais efetivas. A intersetorialidade busca romper com a fragmentação das políticas públicas e reconhecer as interdependências e interconexões entre diferentes

dimensões da vida social, como saúde, mobilidade, habitação, educação, meio ambiente, entre outras. Essa abordagem visa superar barreiras e promover ações conjuntas que considerem as necessidades e realidades dos indivíduos, comunidades e territórios, de modo a promover a equidade e o enfrentamento das iniquidades.

6.1.1.5 MaC5. Diversidade

Refere-se ao reconhecimento e valorização das diversas dimensões da diversidade humana, como gênero, capacidade, orientação sexual, faixas etárias, etnias, raças e culturas. A diversidade busca garantir que a política considere as necessidades e realidades de grupos historicamente marginalizados e discriminados, promovendo a equidade, justiça social e inclusão. Avalia-se se na política está considerado o enfrentamento da discriminação, racismo, da opressão e as desigualdades resultantes, assegurando a igualdade de oportunidades e a valorização da diversidade como um princípio fundamental na construção de uma sociedade mais justa e plural.

6.1.1.6 MaC6. Responsabilidade Socioambiental

Refere-se às medidas e ações propostas para promover a responsabilidade ambiental e a sustentabilidade nas políticas públicas. Essa macrocategoria busca enfrentar os modos de produção e consumo que contrariam os princípios da equidade, universalidade e da preservação ambiental. Avalia-se se a política considera os impactos ambientais e busca mitigar os danos ao meio ambiente e à saúde das pessoas. Além disso, verifica-se se a política contribui para reduzir as desigualdades sociais e ambientais, promovendo a justiça ambiental e a equidade no acesso aos recursos naturais e aos benefícios ambientais.

6.1.1.7 MaC7. Responsabilidade Socioeconômica

Refere-se às medidas e estratégias propostas para combater a mercantilização dos bens e serviços relacionados à política pública em questão. Essa macrocategoria engloba ações que visam reduzir a pobreza e garantir o acesso equitativo aos recursos necessários para suprir as necessidades básicas das pessoas, como

alimentação, moradia, educação, cultura, entre outros. Avalia-se também se a política evita o uso indevido de recursos públicos em ações ou projetos que vão contra os princípios da equidade e da universalidade. A responsabilidade socioeconômica busca promover a justiça social, reduzir as desigualdades econômicas e garantir a dignidade e o bem-estar de todos os indivíduos, especialmente aqueles em situação de vulnerabilidade socioeconômica.

6.1.1.8 MaC8. Participação Democrática

Refere-se à valorização e promoção da participação ativa da sociedade no processo de construção coletiva e democrática das políticas públicas. Essa macrocategoria engloba estratégias e mecanismos que buscam fortalecer o empoderamento das pessoas, permitindo que elas expressem suas opiniões, necessidades e demandas. Busca-se criar espaços de diálogo e participação que garantam o envolvimento efetivo dos cidadãos, possibilitando que exerçam influência e incidência nas decisões relacionadas à política em questão. A participação democrática visa garantir a representatividade, a transparência e a *accountability*, promovendo a legitimação das políticas e o fortalecimento da democracia participativa.

6.1.1.9 MaC9. Comunicação Social

Refere-se à adoção de estratégias de comunicação que visam a ampla difusão do conhecimento e informações relevantes sobre a política pública em questão. Essas estratégias têm o objetivo de facilitar o acesso das pessoas à informação, promover a transparência e promover a compreensão crítica dos direitos, da justiça social e das desigualdades existentes. A política deve considerar a importância de uma comunicação comprometida com a promoção da igualdade e da transformação social, possibilitando que as pessoas questionem as injustiças, participem ativamente do processo político e trabalhem para transformá-las. A comunicação social, nesse contexto, busca ampliar o engajamento cidadão, promovendo a conscientização, a mobilização e a construção coletiva de soluções.

6.1.1.10 MaC10. Processos Formativos

Refere-se ao compromisso da política pública em promover processos formativos que capacitem e empoderem os profissionais, trabalhadores, cidadãos e usuários envolvidos. A política deve reconhecer a importância dos processos educativos como instrumento para a conscientização e a reflexão crítica das diferentes dimensões da vida social e, através desses processos formativos, buscar estimular a autonomia, a participação democrática e a construção coletiva de conhecimento e decisões. Isso inclui ações que visam a capacitação de profissionais, a educação popular, a promoção de espaços de diálogo e aprendizado coletivo, o estímulo à pesquisa e ao debate, entre outras estratégias. A política deve valorizar a educação como ferramenta de transformação social, visando fortalecer os sujeitos envolvidos na implementação da política e promover a construção de saberes contextualizados, críticos e emancipatórios.

6.1.2 Microcategorias de Análise

As microcategorais foram definidas como categorias aninhadas às macrocategorais e não são mutuamente exclusivas. Os referenciais para a definição, nomeação e conceituação delas foram os fatores de risco à saúde relacionados à mobilidade urbana, totalizando 7 microcategorias de análise: MiC1. Poluição do ar; MiC2. Sinistros de trânsito; MiC3. Ruído do tráfego; MiC4. Inatividade física; MiC5. Problemas de infraestrutura para os deslocamentos ativos; MiC6. Barreiras relacionadas ao sistema de transporte público; e MiC7. Congestionamento.

6.1.2.1 MiC1. Poluição do Ar

A exposição à poluição do ar urbano, causada principalmente por emissões veiculares e industriais, tem como principais efeitos sobre a saúde humana problemas respiratórios com redução da função pulmonar, agravos a doenças respiratórias preexistentes como asma e bronquite, doenças do aparelho circulatório, diabetes e aumento do risco de câncer. Além disso, existe correlação de determinados poluentes com problemas no sistema nervoso central, que podem estar relacionados a vertigens, confusão mental e comprometimento da coordenação motora. Os grupos populacionais mais vulneráveis à poluição do ar são idosos, crianças, mulheres

grávidas, indivíduos com doenças cardiorrespiratórias ou doenças crônicas prévias (BHALLA *et al.*, 2014; BRAGA; PEREIRA; SALDIVA, 2002; BRASIL, 2021; TORRES, *et al.*, 2020; WEI, *et al.*, 2022; WHO, 2013).

6.1.2.2 MiC2. Sinistros no trânsito

Os impactos negativos do trânsito sobre a saúde estão frequentemente relacionados a colisões e atropelamentos, resultando em lesões e mortes, incapacidades permanentes ou transitórias. Além disso, esses eventos podem levar ao desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático, ansiedade e depressão tanto nas vítimas dos acidentes quanto em seus familiares (BHALLA, *et al.*, 2014; RISSANEN; BERG; HASSELBERG, 2017; OPAS; 2018; WISEMAN; FOSTER; CURTIS, 2013).

6.1.2.3 MiC3. Ruído do tráfego

A exposição crônica ao ruído do tráfego tem sido associada a distúrbios do sono, estresse crônico, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e problemas de saúde mental, como ansiedade e depressão (HARRIS *et al.*, 2019; NDREPEPA; TWARDILLA, 2011; WELCH, *et al.*, 2023).

6.1.2.4 MiC4. Inatividade física

A inatividade física contribui para o sedentarismo e o estilo de vida sedentário, os quais estão associados a um maior risco de doenças crônicas como obesidade, diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares e certos tipos de câncer. No contexto da mobilidade urbana, a inatividade física está frequentemente relacionada à dependência excessiva de veículos motorizados, mesmo para deslocamentos em curtas distâncias. Além disso, a falta de acessibilidade e segurança devido à inexistência ou inadequação de calçadas e vias de circulação para pedestres e ciclistas também contribui para a inatividade física. A falta de acessibilidade para os deslocamentos de pessoas com deficiência e pessoas idosas tem impacto deletério sobre a saúde física e mental dessas populações (FERDINAND, *et al.*, 2012; GONZÁLEZ; FUENTES; MÁRQUEZ, 2017; SALDIVA, 2018; WANNER, *et al.*, 2012).

6.1.2.5 MiC5. Problemas de infraestrutura para os deslocamentos ativos

Lesões por queda e atropelamentos podem estar associados à infraestrutura inexistente ou inadequada para os deslocamentos ativos. Existe também um risco aumentado de lesões e mortes por atropelamento quando pedestres e ciclistas são obrigados a utilizar a pista de rolagem de veículos devido à falta de calçadas, ciclovias ou ciclofaixas. A ausência de sinalização viária, faixas de pedestres, passarelas adequadas e dispositivos urbanos de proteção como ilhas entre pistas, avanço de calçadas nas esquinas ou redutores de velocidade, também contribuem para o aumento do risco de lesões e mortes por atropelamento (CARMO; RAIA, 2019; VASCONCELLOS; CARVALHO; PEREIRA, 2011).

6.1.2.5 MiC6. Barreiras relacionadas ao sistema de transporte público

Problemas de oferta, regularidade e frequência no transporte público, incluindo falta de oferta nos períodos noturnos, bem como o alto custo das tarifas e problemas de acessibilidade física nesse transporte são barreiras relacionadas ao uso pela população. Tais problemas podem impactar no acesso à rede de atendimento à saúde e na continuidade do cuidado em pacientes que necessitam de acompanhamento regular. Também as campanhas de prevenção como campanhas de vacinação ou de proteção como os programas de doação de leite humano ou doação de sangue, podem ter suas metas prejudicadas pela falta ou restrição do acesso da população ao transporte público. Há ainda impacto sobre o acesso dos profissionais da saúde aos territórios de sua atuação (AMARAL, *et al.*, 2012; ARAÚJO, *et al.*, 2011; VASCONCELLOS; CARVALHO; PEREIRA, 2011; VIEGAS; CARMO; LUZ, 2015).

6.1.2.7 MiC7. Congestionamento

Problemas de saúde mental com aumento e prevalência de sintomas de estresse, ansiedade e depressão ao longo do tempo estão associados ao congestionamento de trânsito. Dores musculares, lombares ou cervicais; problemas de circulação sanguínea e dores de cabeça são outras implicações à saúde. Em situação de congestionamento há maior exposição das pessoas à poluição do ar e aos ruídos do tráfego, afetando a saúde humana com problemas respiratórios,

diabetes, aumento do risco de câncer, distúrbios do sono, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares. Os congestionamentos impactam ainda o acesso dos profissionais da saúde aos territórios de sua atuação e os deslocamentos de pessoas em situação de urgência e emergência às unidades de saúde. (HARRIS *et al.*, 2019; VENKATESH; PUSHPA, 2014; WELCH, *et al.*, 2023).

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, trazemos os resultados e discussões da análise integrada das Políticas de Saúde e Mobilidade, contemplando a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e a Política Nacional de Mobilidade Urbana (PNMU). Nos embasamos nas reflexões teóricas sobre intersectorialidade e redução de iniquidades para conduzir as duas camadas de análises apresentadas a seguir.

Na primeira camada, aplicamos dez macrocategorias, guiados pelos conceitos de Totalidade e Reificação propostos por Lukács. Essa abordagem nos permitiu compreender como as políticas públicas setoriais de saúde e mobilidade urbana abordam aspectos fundamentais para a intersectorialidade e redução de iniquidades. Exploramos aspectos que defendemos como fundamentais para favorecer a intersectorialidade como territorialidade, acesso e equidade, intrasetorialidade, intersectorialidade, diversidade, responsabilidade socioambiental, responsabilidade socioeconômica, participação democrática, comunicação social e processos formativos. A aplicação do conjunto dessas macrocategorias possibilitou uma visão abrangente da abordagem adotada pelas políticas em relação à intersectorialidade e à redução de iniquidades.

Em uma segunda camada de análise, aplicamos sete microcategorias relacionadas aos fatores de risco à saúde decorrentes da mobilidade urbana. Partindo do pressuposto de que a mobilidade urbana é um determinante social da saúde, utilizamos essas microcategorias - como poluição do ar, sinistros de trânsito, ruído do tráfego, inatividade física, problemas de infraestrutura para deslocamentos ativos, barreiras relacionadas ao transporte público e congestionamento - para aprofundar a análise dos possíveis impactos na saúde da população resultantes da abordagem adotada pelas políticas.

A primeira camada de análise, baseada nas macrocategorias, proporcionou uma visão ampla das possibilidades de intersectorialidade entre as políticas, com o objetivo de enfrentar as iniquidades. Já a segunda camada de análise, fundamentada nas microcategorias, permitiu uma análise mais detalhada dos fatores de risco relacionados à mobilidade urbana, considerando a mobilidade urbana como determinante social da saúde. Essas duas camadas de análise se complementam, proporcionando uma compreensão mais estruturada das políticas e seu potencial para a intersectorialidade e redução de iniquidades.

7.1 PRIMEIRA CAMADA - ANÁLISE INTEGRADA E MACROCATEGORIAS

O texto de cada instrumento político-jurídico: Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e Política Nacional de Mobilidade Urbana (PNMU), foi submetido à análise de conteúdo temática e sistematizado em uma matriz analítica (Quadro 1), orientada pelas macrocategorias: MaC1. Territorialidade; MaC2. Acesso e Equidade; MaC3. Intrasetorialidade; MaC4. Intersectorialidade; MaC5. Diversidade; MaC6. Responsabilidade Socioambiental; MaC7. Responsabilidade Socioeconômica; MaC8. Participação Democrática; MaC9. Comunicação Social; e MaC10. Processos Formativos. A aplicação dessas macrocategorias possibilitaram compreender em que aspectos e como as políticas públicas de saúde e mobilidade urbana abordam a intersectorialidade.

Ainda na matriz analítica (Quadro 1), aplicamos um código semaforizado para indicar o "nível de aproximação ou distanciamento" dos conteúdos resultantes da análise de conteúdo temática das políticas em relação aos conceitos de Totalidade e Reificação. Essa codificação foi aplicada para cada uma das dez macrocategorias, permitindo um exame mais detalhado e, ao mesmo tempo, abrangente para avaliar o potencial alcance das políticas na redução de iniquidades. Há, portanto, de se compreender que foi tomado como premissa para aplicação do código semaforizado, o nível "*Visão Setorial com Totalidade - na perspectiva reformista*" como ilustrado na Figura 6 da página 29.

A cor verde foi atribuída quando os conteúdos analisados dentro de determinada macrocategoria se aproximaram do conceito de Totalidade, ou seja, quando apresentaram elementos que evidenciaram uma abordagem integrada e interconectada, considerando as interações e complexidades relacionadas àquela macrocategoria específica.

A cor amarela foi utilizada para sinalizar os casos em que, mesmo havendo alguma medida de aproximação do conceito de Totalidade em relação à macrocategoria em análise, foram identificadas ausências ou contradições que mereceram atenção. Esses casos indicam a necessidade de uma análise mais aprofundada e crítica para compreender como essas políticas podem ser aprimoradas, promovendo a intersectorialidade e reduzindo as iniquidades.

A cor vermelha foi reservada para os casos em que os conteúdos analisados das políticas em relação àquela macrocategoria específica se aproximaram mais do conceito de Reificação. Isso significa que apresentaram uma visão fragmentada, sem considerar as inter-relações e os impactos sociais, econômicos e ambientais sobre a vida das pessoas. Essas situações também requerem uma análise mais aprofundada e crítica para compreender como essas políticas podem ser aprimoradas em busca da intersetorialidade e redução de iniquidades.

A aplicação das macrocategorias integrada à abordagem semaforizada, contribuindo para compreender o potencial de cada política em promover a intersetorialidade e reduzir iniquidades.

Quadro 1 - MATRIZ ANALÍTICA - Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e Política Nacional de Mobilidade Urbana (PNMU)

continua

MACROCATEGORIA	APROXIMAÇÃO: TOTALIDADE E REIFICAÇÃO	COMPONENTES ANALISADOS DAS POLÍTICAS
MaC1. Territorialidade	PNPS	A PNPS valoriza o reconhecimento e o respeito às diversidades entre territórios e regiões geográficas (Art. 3º, IV) e estabelece a territorialização como estratégia operacional, tendo como diretriz o fomento ao planejamento de ações territorializadas (Art. 9º, I e Art. 5º, II). Define que a atuação nos territórios deve considerar suas singularidades e especificidades no planejamento e desenvolvimento de ações de forma equânime (Art. 4º, IX). A formação de agendas de promoção da saúde é referenciada pelos ambientes e territórios da vida e do trabalho das pessoas e das coletividades. Identifica oportunidades de inclusão, considera os espaços urbano e rural, e busca oportunidades de operacionalização da promoção da saúde de maneira participativa e dialógica (Art. 8º, IV e V). Em geral, destaca a importância de promover a redução das desigualdades territoriais e garantir o acesso equânime aos serviços, equipamentos e oportunidades de promoção da saúde em todos os territórios.
	PNMU	A PNMU trata da integração entre diferentes modos de transporte e da melhoria da acessibilidade e mobilidade no território do município (Art. 1º) e tem por objetivo contribuir para o acesso universal à cidade (Art. 2º). Tem como diretriz a priorização de projetos de transporte público coletivo estruturadores do território (Art. 6º, VI), mas não se refere ao reconhecimento das especificidades dos diferentes territórios nem aponta diretrizes para garantir a mobilidade urbana de forma equânime.
MaC2. Acesso e Equidade	PNPS	A PNPS prevê o acesso universal, equânime, integral e de qualidade aos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção, visando à redução das desigualdades em saúde (Art. 3º, VIII). Adota como princípio a equidade na distribuição igualitária de oportunidades, considerando as especificidades dos indivíduos e dos grupos (Art. 4º, I). Tem por objetivo geral promover a equidade, reduzindo vulnerabilidades e riscos decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais (Art. 6º) e propõe contribuir para a adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade (Art. 7º, II)
	PNMU	A PNMU tem como objetivo contribuir para o acesso universal à cidade (Art. 2º) e estabelece como princípios a equidade no acesso dos cidadãos ao transporte público coletivo, justa distribuição dos benefícios e ônus decorrentes do uso de diferentes modos de serviços e equidade no uso do espaço público de circulação, vias e logradouros (Art. 5º, II, VII e VIII). A PNMU também tem em seus objetivos a redução das desigualdades e a promoção da inclusão social, o acesso aos serviços básicos e equipamentos sociais e a melhoria das condições urbanas no que se refere à acessibilidade e mobilidade, mesmo não especificando se esse acesso deve ser universal e equânime (Art. 7º, I, II, III e IV). Além disso, visa

MACROCATEGORIA	APROXIMAÇÃO: TOTALIDADE E REIFICAÇÃO	COMPONENTES ANALISADOS DAS POLÍTICAS
		consolidar a gestão democrática como instrumento e garantia da construção contínua do aprimoramento da mobilidade urbana.
MaC3. Intrasetorialidade	PNPS	A PNPS ressalta o exercício da intrasetorialidade, reconhecendo a importância da articulação com outras áreas da saúde para potencializar o cumprimento da promoção da saúde como um exercício permanente de desfragmentação das ações e serviços ofertados por um setor. Isso visa à construção e articulação de redes cooperativas e resolutivas que ampliem a abrangência da política no universo da saúde (Art. 4º, Inciso IV; Art. 5º, Inciso I; e Art. 9º, Inciso II).
	PNMU	A PNMU é apresentada como um instrumento que objetiva a integração entre os diferentes modos de transporte e a melhoria da acessibilidade e mobilidade das pessoas e cargas no território do Município (Art. 1º). Uma diretriz é estabelecida para a priorização dos modos de transporte não motorizados sobre os motorizados e dos serviços de transporte público coletivo sobre o transporte individual motorizado, bem como uma diretriz para a integração entre os modos e serviços de transporte urbano (Art. 6º, II e III). Além disso, a PNMU define a integração física, tarifária e operacional dos diferentes modos e das redes de transporte público e privado nas cidades (Art. 8º, VII). Também trata do controle do uso e operação da infraestrutura viária destinada à circulação e operação do transporte de carga (Art. 23, VI). Define ainda que os Planos de Mobilidade Urbana devem contemplar a integração dos modos de transporte público e destes com os privados e os não motorizados (Art. 24, V).
MaC4. Intersetorialidade	PNPS	A PNPS baseia-se no conceito ampliado de saúde e em um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra e intersetorial (Art. 2º). Adota como princípio a intersetorialidade como processo de articulação de saberes, potencialidades e experiências de sujeitos, grupos e setores na construção de intervenções compartilhadas, estabelecendo vínculos, corresponsabilidade e cogestão para objetivos comuns (Art. 4º, V). Estabelece como diretriz o estímulo à cooperação e à articulação intra e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde (Art. 5º, I) e tem como eixo operacional a articulação e cooperação intra e intersetorial, entendidas como compartilhamento de planos, metas, recursos e objetivos comuns entre os diferentes setores e entre diferentes áreas do mesmo setor (Art. 9º, II)
	PNMU	Embora a PNMU tenha como diretriz a integração com a política de desenvolvimento urbano e políticas setoriais de habitação, saneamento, uso do solo e integração entre modos e serviços de transporte (Art. 6º, I e III), a possibilidade de intersetorialidade com outras áreas como educação, saúde, trabalho pode estar implícita, mas limitada, à orientação para que os Planos de Mobilidade Urbana contemplem os polos geradores de tráfego (Art. 24, VII)
MaC5. Diversidade	PNPS	A PNPS estabelece como valor o respeito às diversidades, reconhecendo, respeitando e explicitando as diferenças entre sujeitos e coletivos, abrangendo as diversidades étnicas, etárias, de capacidade, de gênero, de orientação sexual, entre outras formas e tipos de diferenças que influenciam ou interferem nas condições e determinações da saúde (Art. 3º, IV). Apresenta em seus temas transversais o respeito à diversidade, que significa identificar as diferenças nas condições e nas oportunidades de vida, buscando alocar recursos e esforços para a redução de desigualdades injustas e evitáveis (Art. 8º, I). Traz como diretriz o planejamento de ações baseadas no reconhecimento e respeito às diversidades, buscando a equidade, a garantia dos direitos humanos e da justiça social (Art. 5º, II). Retoma e reforça o respeito e reconhecimento das diversidades ao tratar da promoção da cultura da paz e dos direitos humanos em seus temas prioritários (Art. 10, VII)

MACROCATEGORIA	APROXIMAÇÃO: TOTALIDADE E REIFICAÇÃO	COMPONENTES ANLISADOS DAS POLÍTICAS
	PNMU	Na PNMU , é correto afirmar que a palavra "diversidade" não aparece explicitamente, assim como termos específicos relacionados a gênero, orientação sexual, idade, etnia, raça ou cor. Embora a acessibilidade universal seja prevista como um dos princípios (Art. 5º, I), existem apenas dois dispositivos nos quais as pessoas com deficiência são mencionadas: como tendo a prerrogativa de 10% das vagas para a exploração do serviço de táxi como condutores (Art. 12-B e Art. 12-B, § 1), e a definição de que os Planos de Mobilidade Urbana devem contemplar a acessibilidade para pessoas com deficiência e restrição de mobilidade (Art. 24, IV)
MaC6. Responsabilidade Socioambiental	PNPS	A PNPS , em suas diretrizes, aborda a formação e educação permanentes focadas no fortalecimento do desenvolvimento humano sustentável (Art. 5º, VI). Em seus objetivos específicos, indica o favorecimento à mobilidade humana e à acessibilidade, bem como ao desenvolvimento seguro, saudável e sustentável (Art. 7º, III). Trata o desenvolvimento sustentável e seus temas transversais, visando dar visibilidade aos modos de consumo e produção, mapeando possibilidades de intervenção naqueles que sejam deletérios à saúde, e promovendo o desenvolvimento sustentável por meio da mobilização e articulação de ações governamentais e não governamentais em diferentes cenários, como cidades, campo, floresta, águas, bairros, territórios, comunidades, habitações, escolas, igrejas, empresas e outros, permitindo a interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável na produção social da saúde, em articulação com os demais temas prioritários (Art. 8º, II e VIII). Prevê ainda em seus temas prioritários a promoção do desenvolvimento sustentável promovendo, mobilizando e articulando ações governamentais, não governamentais, incluindo o setor privado e a sociedade, permitindo a interação entre saúde, meio ambiente e desenvolvimento sustentável na produção social da saúde em articulação com os demais temas prioritários (Art. 10, VIII)
	PNMU	A PNMU apresenta como princípio o desenvolvimento sustentável das cidades, nas dimensões socioeconômicas e ambientais (Art. 5º, II). Apresenta como diretriz e define a priorização dos modos de transportes não motorizados sobre os motorizados, a mitigação dos custos ambientais, sociais e econômicos dos deslocamentos de pessoas e cargas na cidade, e o incentivo ao desenvolvimento científico-tecnológico e ao uso de energias renováveis e menos poluentes (Art. 6º, II, IV e V). Tem como objetivo promover o desenvolvimento sustentável com a mitigação dos custos ambientais e socioeconômicos dos deslocamentos de pessoas e cargas nas cidades (Art. 7º, IV). Define, por fim, que os entes federados terão que: restringir e controlar o acesso e circulação, permanente ou temporário, de veículos motorizados em locais e horários predeterminados; estipular padrões de emissão de poluentes para locais e horários determinados; e que devem dedicar espaço exclusivo nas vias públicas para os serviços de transporte público coletivo e modos de transporte não motorizados.
MaC7. Responsabilidade Socioeconômica	PNPS	A PNPS menciona ações e intervenções levando em conta a dimensão econômica com vista à sustentabilidade (Art. 4º, VII). Considera promover a equidade e a melhoria das condições e modos de viver, reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais e econômicos (Art. 6º). Apresenta a vida no trabalho como tema transversal, abordando a inter-relação da saúde com o trabalho formal e não formal, e com os setores primário, secundário e terciário da economia (Art. 8º, V). Traz ainda como responsabilidade dos entes federados o desenvolvimento de estratégias e mecanismos organizacionais de qualificação e valorização da força de trabalho da saúde, estimulando processos de formação e educação permanente (Art. 11, XI). Nos temas prioritários, aborda as ações e metas que contribuem para a redução da pobreza e para a inclusão social (Art. 10, II). Ainda nos temas prioritários, propõe ações econômicas para o enfrentamento do uso do tabaco e do uso abusivo do álcool. Trata também de ações econômicas voltadas para um trânsito seguro na perspectiva de uma mobilidade segura (Art. 10, IV, V e IV, alínea c).
	PNMU	PNMU tem como diretriz e objetivo a mitigação dos custos ambientais, sociais e econômicos dos deslocamentos de pessoas e cargas na cidade (Art. 6º, IV e Art. 7º, IV). A questão econômica é abordada na perspectiva da manutenção do equilíbrio econômico e financeiro nas concessões do serviço de transporte coletivo, considerando a tarifa adotada para o cidadão como fonte única ou principal (Art. 9º e Art. 9º, III). Além disso, no que se refere às concessões, é mencionada a alocação dos riscos econômicos e financeiros entre os contratados e o poder concedente (Art. 10, III). Ao tratar de revisão e reajustes tarifários, menciona-se a incorporação de um índice de transferência de parcela dos ganhos de eficiência e produtividade

MACROCATEGORIA	APROXIMAÇÃO: TOTALIDADE E REIFICAÇÃO	COMPONENTES ANLISADOS DAS POLÍTICAS
		das empresas aos usuários. No entanto, não há no texto da política nenhuma referência ao impacto da mobilidade urbana na economia local, regional e nacional, nem instrumentos ou estratégias que tratem sobre essa relação entre mobilidade urbana e desenvolvimento econômico.
MaC8. Participação Democrática	PNPS	A PNPS traz em sua base o conceito ampliado de saúde, buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (Art. 2º). Adota como princípio a participação social, considerando a visão de diferentes atores, grupos e coletivos (Art. 4º, II). O empoderamento é estimulado de forma que os sujeitos e coletivos adquiram o controle das decisões e das escolhas de modos de vida adequados às suas condições socioeconômico-culturais (Art. 4º, IV). Tem como diretriz o incentivo à gestão democrática, participativa e transparente, para fortalecer a participação, o controle social e as corresponsabilidades (Art. 5º, III). Apresenta como objetivo as práticas centradas na equidade, na participação e no controle social, visando reduzir as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis (Art. 7º, II), o que é reafirmado em seus temas transversais (Art. 8º, III). Reforça a perspectiva da participação nos eixos operacionais, tratando da ampliação da representação e da inclusão de sujeitos na elaboração de políticas públicas e nas decisões relevantes (Art. 9º, IV). Por fim, atribui aos entes federados a responsabilidade de fortalecer a participação e o controle social, bem como as instâncias de gestão democrática e participativa (Art. 11).
	PNMU	A PNMU prevê o planejamento e a gestão democrática do Sistema Nacional de Mobilidade Urbana para contribuir com o acesso universal à cidade (Art. 2º). Retorna ao tema ao tratar dos princípios, incluindo a gestão democrática e o controle social do planejamento e avaliação da Política Nacional de Mobilidade Urbana como um deles (Art. 5º, V). Apresenta como objetivos a consolidação da gestão democrática como instrumento e garantia da construção contínua do aprimoramento da mobilidade urbana (Art. 7º, V). Prevê, por fim, que a participação da sociedade civil no planejamento, fiscalização e avaliação da Política Nacional de Mobilidade Urbana deverá ser assegurada pelos órgãos colegiados com a participação (Art. 15 e Art. 5º, I).
MaC9. Comunicação Social	PNPS	A PNPS apresenta como objetivo estabelecer estratégias de comunicação social e mídia direcionadas ao fortalecimento dos princípios e ações de promoção da saúde e à defesa de políticas públicas saudáveis (Art. 7º, IX). Nos eixos operacionais, ela destaca a comunicação social e mídia como o uso de diversas expressões comunicacionais, tanto formais quanto populares, para favorecer a escuta e a expressão dos diferentes grupos envolvidos. Isso inclui informações sobre o planejamento, execução, resultados, impactos, eficiência, eficácia, efetividade e benefícios das ações (Art. 9º, IX).
	PNMU	Na PNMU comunicação é indicada como um dos instrumentos de participação da sociedade civil, como procedimentos sistemáticos de comunicação, avaliação da satisfação dos cidadãos e dos usuários, e prestação de contas públicas (Art. 15, IV). Está previsto ainda a organização e disponibilização de informações sobre o Sistema Nacional de Mobilidade Urbana e a qualidade e produtividade dos serviços de transporte público coletivo (Art. 16, III)
MaC.10 Processos Formativos	PNPS	A PNPS prevê em seus eixos operacionais a educação e formação, enquanto incentivo à atitude permanente de aprendizagem sustentada em processos pedagógicos problematizadores, dialógicos, libertadores, emancipatórios e críticos (Art. 9, VI). Nos temas prioritários aborda a formação e educação permanente, que compreende mobilizar, sensibilizar e promover capacitações para gestores, trabalhadores da saúde e de outros setores para o desenvolvimento de ações de educação em promoção da saúde e inclui-la nos espaços de educação permanente (Art. 10, I). Define ainda que compete aos entes federados desenvolver estratégias e mecanismos organizacionais de qualificação e valorização da força de trabalho da saúde, estimulando processos de formação e educação permanente voltados para a efetivação da PNPS (Art. 11, XI).

MACROCATEGORIA	APROXIMAÇÃO: TOTALIDADE E REIFICAÇÃO	COMPONENTES ANLISADOS DAS POLÍTICAS
	PNMU	A PNMU prevê contribuir para a capacitação continuada de pessoas e para o desenvolvimento das instituições vinculadas à Política Nacional de Mobilidade Urbana nos Estados, Municípios e Distrito Federal, nos termos desta Lei (Art. 6, II)

Fonte: Elaborado pela autora.

7.2 SEGUNDA CAMADA - ANÁLISE INTEGRADA, DISCUSSÃO E MICROCATEGORIAS

Para a segunda camada de análise, selecionamos as macrocategorias nas quais os conteúdos da PNMU foram codificados na cor amarela ou vermelha. Essas cores indicam a identificação de ausências, contradições ou uma visão fragmentada das políticas em relação às macrocategorias analisadas. Foram as seguintes macrocategorias selecionadas:

- a) MaC1. Territorialidade;
- b) MaC4. Intersetorialidade;
- c) MaC5. Diversidade;
- d) MaC7. Responsabilidade Socioeconômica;
- e) MaC9. Comunicação Social; e
- f) MaC.10 Processos Formativos.

Com base nos conteúdos da política relacionados a cada macrocategorias e norteados pelos conceitos de cada uma delas relacionadas aos referidos conteúdos, realizamos uma discussão sobre possíveis implicações e, a partir daí aplicamos as sete microcategorias, as quais estão relacionadas aos fatores de risco à saúde decorrentes da mobilidade urbana, e foram definidas partindo do pressuposto da mobilidade urbana como determinação social da saúde. São elas: poluição do ar, sinistros de trânsito, ruído do tráfego, inatividade física, problemas de infraestrutura para deslocamentos ativos, barreiras relacionadas ao transporte público e congestionamento.

A aplicação dessas microcategorias nos permite refletir de forma mais direcionada sobre as possíveis implicações para a saúde decorrentes de ausências, contradições ou uma visão fragmentada na Política de Mobilidade, sinalizando pontos

de aperfeiçoamento na PNMU, em busca de promover a intersectorialidade e reduzir as iniquidades.

7.2.1 MaC1. Territorialidade - discussão e microcategorização

Nessa Macrocategoria a PNMU foi codificada na cor amarela, indicando ausências ou contradições que mereceram atenção no sentido de promover a intersectorialidade e reduzir iniquidades.

Quadro 2 - MaC1. Territorialidade – Implicações Possíveis e Microcategorização

	APROXIMAÇÃO: TOTALIDADE E REIFICAÇÃO	CONTEÚDOS da PNMU ANALISADOS	IMPLICAÇÕES POSSÍVEIS	MICROCATEGORIAS
	PNMU	A PNMU trata da integração entre diferentes modos de transporte e da melhoria da acessibilidade e mobilidade no território do município (Art. 1º) e tem por objetivo contribuir para o acesso universal à cidade (Art. 2º). Tem como diretriz a priorização de projetos de transporte público coletivo estruturadores do território (Art. 6º, VI), mas não se refere ao reconhecimento das especificidades dos diferentes territórios nem aponta diretrizes para garantir a mobilidade urbana de forma equânime.	<ul style="list-style-type: none"> • Limitar o acesso de determinados grupos às oportunidades na cidade. • Reforçar a exclusão socioespacial e as iniquidades existentes. • Manter condições precárias e arriscadas para os deslocamentos a pé ou de bicicleta. • Impor barreiras de acesso ao transporte público coletivo devido à falta de infraestrutura. • Concentrar recursos e investimentos em áreas específicas, deixando outras regiões marginalizadas e com acesso limitado a serviços e oportunidades. 	MiC2. Sinistros no trânsito MiC4. Inatividade física MiC5. Problemas de infraestrutura para os deslocamentos ativos MiC6. Barreiras relacionadas ao sistema de transporte público.

Fonte: Elaborado pela autora.

A falta de reconhecimento das especificidades e pluralidade dos diferentes territórios da cidade pode aumentar as iniquidades já existentes (SANTOS; 2007, 2018). Ao não considerar os aspectos socioeconômicos, culturais, ambientais, políticos e simbólicos presentes em cada território, a política de mobilidade urbana pode falhar no enfrentamento das desigualdades estruturais presentes na cidade.

Cada região possui diferentes níveis de oferta de serviços públicos, infraestrutura e oportunidades. No entanto, a falta de uma abordagem equânime e universal na política de mobilidade urbana pode reforçar a concentração de recursos e investimentos em áreas específicas, deixando outras regiões marginalizadas e com acesso limitado a serviços e oportunidades, aprofundando as iniquidades.

Não é incomum a ausência ou precariedade de infraestrutura para a circulação de pedestres e ciclistas em diferentes áreas da cidade, principalmente em bairros ou ocupações com populações de baixa renda. Além de expor essa população a mais

risco de quedas e atropelamentos e limitar a acessibilidade, problemas na infraestrutura para deslocamentos ativos podem impor barreiras de acesso ao transporte público coletivo, dificultando a integração entre áreas carentes e outras mais estruturadas da cidade.

Em geral, os territórios mais pobres enfrentam a falta de equipamentos de saúde, educação e oferta de emprego, o que leva as populações residentes a se deslocarem em busca desses serviços (TOMASIELLO, 2023). As longas distâncias a serem percorridas tornam-se um desafio diário, especialmente quando a oferta, frequência, regularidade, segurança e conforto do transporte público são deficientes.

Ainda a falta de um sistema de transporte com capilaridade, confiável e eficiente prolonga o tempo de deslocamento e cria condições adversas para os usuários, impactando negativamente as condições necessárias para a produção e reprodução da vida.

Por outro lado, nas áreas privilegiadas com maior concentração de recursos, as desigualdades socioespaciais são mais evidentes. Frequentemente, essas áreas se beneficiam de investimentos em infraestrutura viária, transporte público de qualidade, calçadas acessíveis e ciclovias bem projetadas. Essa concentração de recursos está diretamente relacionada ao modo capitalista de produção das cidades, que perpetua a desigualdade e a exclusão (MARICATO; 2015, 2017)

Nesse contexto, a política de mobilidade urbana pode desempenhar um papel fundamental na redução das iniquidades decorrentes das desigualdades socioespaciais. Embora não seja capaz de, por si só, enfrentar estruturalmente a dinâmica capitalista de produção urbana, a política de mobilidade pode contribuir para a diminuição das disparidades, ao definir prioridades e estratégias de investimentos em infraestrutura e serviços nas regiões de maior vulnerabilidade socioeconômica e socioespacial.

7.2.2 MaC4. Intersetorialidade - discussão e microcategorização

Nessa Macrocategoria a PNMU foi codificada na cor amarela, indicando ausências ou contradições que mereceram atenção no sentido de promover a intersetorialidade e a reduzir iniquidades.

Quadro 3 - MaC4. Intersetorialidade – Implicações Possíveis e Microcategorização

APROXIMAÇÃO: TOTALIDADE E REIFICAÇÃO	CONTEÚDOS da PNMU ANLISADOS	IMPLICAÇÕES POSSÍVEIS	MICROCATEGORIAS
PNMU	Embora a PNMU tenha como diretriz a integração com a política de desenvolvimento urbano e políticas setoriais de habitação, saneamento, uso do solo e integração entre modos e serviços de transporte (Art. 6º, I e III), a possibilidade de intersectorialidade com outras áreas como educação, saúde, trabalho pode estar implícita, mas limitadas, à orientação para que os Planos de Mobilidade Urbana contemplem os polos geradores de tráfego (Art. 24, VII)	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da poluição do ar e ruído. • Maior incidência de atropelamentos e colisões. • Dificuldade de acesso a serviços de saúde. • Restrições e riscos no acesso à educação. • Aumento dos riscos de violência e crimes. • Limitação das oportunidades de emprego. • Dificuldade de circulação de mercadorias e abastecimento. • Fragmentação no acesso a direitos em diferentes dimensões da vida social. 	MiC1. Poluição do Ar MiC2. Sinistros no trânsito MiC3. Ruído do tráfego MiC4. Inatividade física MiC5. Problemas de infraestrutura para os deslocamentos ativos MiC6. Barreiras relacionadas ao sistema de transporte público MiC7. Congestionamento

Fonte: Elaborada pela autora.

A falta de intersectorialidade entre a política de mobilidade urbana e diferentes setores e áreas de atuação governamentais, como saúde, educação, segurança pública e emprego, pode ter impactos significativos nas populações urbanas, afetando diversos aspectos da vida social, econômica e cultural.

Um exemplo desses impactos é observado na relação entre mobilidade urbana e saúde. A falta de abordagem intersectorial entre essas áreas pode resultar em negligência em relação ao aumento da poluição do ar e de ruído decorrente do tráfego intenso, contribuindo para doenças respiratórias, cardiovasculares, estresse e problemas de sono (NDREPEPA; TWARDILLA, 2011; WHO, 2013). Além disso, a falta de infraestrutura adequada para pedestres e ciclistas e a falta de segurança viária podem resultar em aumentos nos casos de atropelamentos e colisões (OPAS; 2018; WISEMAN; FOSTER; CURTIS, 2013). A dificuldade de acesso ao transporte público ou a falta de infraestrutura para pedestres e ciclistas também prejudica o acesso da população a serviços de saúde, como hospitais e clínicas, impactando negativamente a assistência médica. Os próprios profissionais de saúde podem enfrentar dificuldades em se deslocar para atender em diferentes áreas de atuação.

No campo da educação, a falta de intersectorialidade da mobilidade urbana pode resultar na falta de segurança viária e infraestrutura adequada para o deslocamento entre casa e escola, além de dificuldades no acesso ao transporte público, em casos de distâncias mais longas (VASCONCELLOS; CARVALHO; PEREIRA, 2011). Isso impacta negativamente a frequência e o acesso dos estudantes à educação.

A ausência de uma abordagem intersetorial entre mobilidade urbana e segurança pública também traz implicações negativas. Vias mal iluminadas e rotas de pedestres e ciclistas em espaços inseguros aumentam os riscos de violências e crimes.

No âmbito econômico, a falta de intersetorialidade pode aumentar desigualdades e dificultar a inclusão social (SILVA *et al.*, 2014). Além de afetar o acesso aos empregos, limitando as oportunidades de trabalho para alguns grupos populacionais, pode prejudicar a circulação de mercadorias e o abastecimento de alimentos e outras necessidades básicas. A falta de infraestrutura adequada para o transporte de carga e as restrições de acesso a certas áreas da cidade dificultam o fluxo de mercadorias e elevam os custos dos produtos, afetando a disponibilidade e o preço dos alimentos e outros itens essenciais para a população.

A falta de planejamento integrado e coordenação entre a mobilidade urbana e diferentes setores das políticas públicas resulta em uma abordagem fragmentada que não leva em consideração as interconexões entre as diversas dimensões da vida urbana. Isso reforça a fragmentação no acesso a direitos em diferentes dimensões da vida social, como saúde, habitação, educação, meio ambiente, entre outras, uma vez que a mobilidade urbana é uma política essencial para viabilizar o acesso físico das populações a esses outros serviços (PAZ; TABOADA, 2010).

7.2.3 MaC5. Diversidade - discussão e microcategorização

Nessa Macrocategoria a PNMU foi codificada na cor vermelha, indicando uma visão fragmentada, que não considera as inter-relações e os impactos sociais, econômicos e ambientais sobre a vida das pessoas. A cor vermelha indica uma aproximação maior com o conceito de Reificação, quando se considera a promoção da intersetorialidade e a redução de iniquidades.

Quadro 4 - MaC5. Diversidade – Implicações Possíveis e Microcategorização

	APROXIMAÇÃO: TOTALIDADE E REIFICAÇÃO	CONTEÚDOS DA PNMU ANLISADOS	IMPLICAÇÕES POSSÍVEIS	MICROCATEGORIAS
MaC5. Diversidade	PNMU	Na PNMU , a palavra "diversidade" não aparece explicitamente, assim como termos específicos relacionados a gênero, orientação sexual, idade, etnia, raça ou cor. Embora a acessibilidade universal seja prevista como um dos princípios (Art. 5º, I), existem apenas dois dispositivos nos quais as pessoas com deficiência são mencionadas: como tendo a prerrogativa de 10% das vagas para a exploração do serviço de táxi como condutores (Art. 12-B e Art. 12-B, § 1), e a definição de que os Planos de Mobilidade Urbana devem contemplar a acessibilidade para pessoas com deficiência e restrição de mobilidade (Art. 24, IV)	Falta de valorização das diversas dimensões da diversidade humana. Falta de ambientes seguros. Discriminação. Preconceito. Assédio. Violência e criminalidade.	MiC2. Sinistros no trânsito MiC4. Inatividade física MiC5. Problemas de infraestrutura para os deslocamentos ativos MiC6. Barreiras relacionadas ao sistema de transporte público

Fonte: Elaborado pela autora.

A mobilidade urbana tem implicações significativas em relação à dignidade e segurança da população LGBTQIA+, mulheres, idosos e população preta e minorias étnicas. A discriminação racial enfrentada pela população preta nos espaços públicos e no sistema de transporte urbano é uma realidade com abordagens excessivas de segurança, fiscalização discriminatória e tratamento diferenciado. Para garantir práticas justas e imparciais, independentemente da raça ou etnia, é necessário que a política de mobilidade urbana adote princípios e diretrizes de reconhecimento e valorização das diversas dimensões da diversidade humana.

O acesso limitado a serviços de transporte de qualidade é uma realidade para muitas comunidades negras, devido à falta de opções adequadas de transporte público, rotas de ônibus insuficientes e infraestrutura inadequada para ciclistas e pedestres. A segurança nos espaços públicos é uma preocupação para grupos historicamente marginalizados e discriminados (SANTARÉM, 2022; SANTINI; ALBERGARIA; SANTARÉM, 2021).

A participação ativa desses grupos nas discussões e tomadas de decisão sobre mobilidade urbana é essencial para garantir que suas necessidades sejam consideradas nas decisões sobre oferta, operação e infraestrutura de transporte.

No contexto da população LGBTQIA+, desafios específicos como assédio verbal, intimidação, agressões físicas e discriminação são enfrentados no sistema de transporte urbano. É necessário implementar políticas de não discriminação, oferecer treinamento para funcionários do transporte público e promover espaços seguros para todos (AGUIÃO, 2017; CARLOS, 2014).

As mulheres frequentemente enfrentam preocupações relacionadas à segurança ao utilizar o transporte público ou caminhar nas ruas, incluindo assédio e violência sexual (BALDUINO; JESUS, 2018; OLIVEIRA, *et al.*, 2020). Ambientes seguros, iluminação adequada, monitoramento eficiente são necessários na mobilidade urbana para promover a segurança das mulheres.

A falta de infraestrutura adequada, como calçadas acessíveis, rampas, sinalização tátil e transporte adaptado, impede que pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida tenham mobilidade autônoma e acesso aos espaços públicos, limitando suas oportunidades e participação social (VASCONCELLOS; 2013, 2016).

A população idosa enfrenta dificuldades de mobilidade devido a diminuição da capacidade física, desafios cognitivos e falta de acessibilidade. As necessidades dessa população devem ser consideradas no planejamento da mobilidade urbana. (BLANCO, *et al.*, 2014).

Garantir a dignidade e segurança das populações mais vulneráveis na mobilidade urbana requer ações concretas para combater o preconceito, a discriminação e outros tipos de opressão. Também é importante que a política de mobilidade inclua a coleta de informações sobre essas populações por meio das diferentes pesquisas que subsidiam o planejamento, incluindo a pesquisa Origem-Destino (OD), para melhor entender e responder às suas demandas e necessidades específicas (ITDP, 2018).

7.2.4 MaC7. Responsabilidade Socioeconômica - discussão e microcategorização

Nessa Macrocategoria a PNMU foi codificada na cor vermelha, indicando uma visão fragmentada que não considera as inter-relações e os impactos sociais, econômicos e ambientais sobre a vida das pessoas. A cor vermelha indica uma aproximação maior com o conceito de Reificação, quando se considera a promoção da intersetorialidade e a redução de iniquidades.

Quadro 5 - MaC7. Responsabilidade Socioeconômica – Implicações Possíveis e Microcategorização

APROXIMAÇÃO: TOTALIDADE E REIFICAÇÃO	CONTEÚDOS da PNMU ANLISADOS	IMPLICAÇÕES POSSIVEIS	MICROCATEGORIAS
PNMU	A PNMU tem como diretriz e objetivo a mitigação dos custos ambientais, sociais e econômicos dos deslocamentos de pessoas e cargas na cidade (Art. 6º, IV e Art. 7º, IV). A questão econômica é abordada na perspectiva da manutenção do equilíbrio econômico e financeiro nas concessões do serviço de transporte coletivo, considerando a tarifa adotada para o cidadão como fonte única ou principal (Art. 9º e Art. 9º, III). Além disso, no que se refere às concessões, é mencionada a alocação dos riscos econômicos e financeiros entre os contratados e o poder concedente (Art. 10, III). Ao tratar de revisão e reajustes tarifários, menciona-se a incorporação de um índice de transferência de parcela dos ganhos de eficiência e produtividade das empresas aos usuários. No entanto, não há no texto da política nenhuma referência ao impacto da mobilidade urbana na economia local, regional e nacional, nem instrumentos ou estratégias que tratem sobre essa relação entre mobilidade urbana e desenvolvimento econômico.	Exclusão das populações mais pobres. Limitação do acesso equitativo a oportunidades. Aprofundando as desigualdades sociais. Manutenção da matriz industrial na área automobilística. Impactos ambientais. Uso indevido de recursos públicos em infraestrutura viária. Atendimento aos interesses do capital em detrimento das necessidades da população. Aumento das desigualdades socioeconômicas.	MiC1. Poluição do Ar MiC2. Sinistros no trânsito MiC3. Ruído do tráfego MiC4. Inatividade física MiC5. Problemas de infraestrutura para os deslocamentos ativos MiC6. Barreiras relacionadas ao sistema de transporte público MiC7. Congestionamento

Fonte: Elaborada pela autora.

A falta de uma abordagem mais aprofundada e coerente de responsabilidade socioeconômica na política de mobilidade urbana acarreta uma série de implicações que afetam a justiça social, as desigualdades econômicas e as populações em situação de vulnerabilidade socioeconômica. Alguns desses impactos podem ser observados na falta de reconhecimento dos custos socioeconômicos do transporte individual e da mercantilização dos bens e serviços relacionados à mobilidade urbana.

Um exemplo é o preço das tarifas de transporte público, que muitas vezes, é elevado e inacessível para as populações mais pobres. Isso resulta no não uso do transporte coletivo e na exclusão dessas populações, as quais são forçadas a buscar alternativas mais econômicas, mas muitas vezes menos seguras e de qualidade inferior. Essa falta de acessibilidade ao transporte público aprofunda as desigualdades sociais e impede o acesso equitativo a oportunidades de trabalho, saúde, educação, lazer e cultura (VASCONCELLOS, 2016).

Outro exemplo está relacionado à falta de diretrizes claras para a mudança da matriz industrial na área automobilística. A política de mobilidade urbana não trata, de forma explícita, a necessidade de priorizar políticas industriais voltadas para a

produção de ônibus e veículos sobre trilhos, com matrizes energéticas limpas. Em vez disso, a manutenção da cadeia produtiva voltada para o automóvel individual e os combustíveis fósseis têm impactos ambientais significativos e não contribui para o desenvolvimento da indústria local. Essa falta de direcionamento adequado dos recursos públicos resulta em um modelo de mobilidade que privilegia interesses do capital e das elites econômicas, em detrimento das necessidades da população e das possibilidades de desenvolvimento econômico com redução da pobreza e das desigualdades.

Além disso, a falta de uma abordagem que evite o uso indevido de recursos públicos em ações contrárias aos princípios da equidade e da universalidade reforça os interesses do capital, direcionando os fundos públicos prioritariamente para a infraestrutura viária, voltados para o transporte individual, como construção de viadutos, extensão e alargamento de vias expressas. Esses recursos poderiam ser redirecionados para fortalecer o transporte público coletivo e a mobilidade ativa, beneficiando a população como um todo e reduzindo as desigualdades socioeconômicas (MOBILIDADE URBANA, 2017).

Esses exemplos demonstram a necessidade de uma abordagem mais abrangente e coerente de responsabilidade socioeconômica na política de mobilidade urbana. É fundamental considerar os custos socioeconômicos do transporte individual, garantir a acessibilidade ao transporte público por meio de tarifas acessíveis ou mesmo a gratuidade plena, estabelecer diretrizes claras para a transição da matriz industrial e aprimorar a alocação de recursos públicos, evitando o uso indevido em ações que aprofundem as iniquidades.

7.2.5 MaC9. Comunicação Social - discussão e microcategorização

Quadro 6 - MaC9. Comunicação Social - Implicações Possíveis e Microcategorização

APROXIMAÇÃO: TOTALIDADE E REIFICAÇÃO	CONTEÚDOS da PNMU ANALISADOS	IMPLICAÇÕES POSSÍVEIS	MICROCATEGORIAS
PNMU	Na PNMU comunicação é indicada como um dos instrumentos de participação da sociedade civil, como procedimentos sistemáticos de comunicação, avaliação da satisfação dos cidadãos e dos usuários, e prestação de contas públicas (Art. 15, IV). Está previsto ainda a organização e disponibilização de informações sobre o Sistema Nacional de Mobilidade Urbana e a qualidade e produtividade dos serviços de transporte público coletivo (Art.16, III)	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldades para as pessoas se orientarem para o deslocarem pelos diferentes territórios da cidade. • Reforço de barreiras para pessoas idosas e com deficiência visual e auditiva e pessoas neuroatípicas. • Limitação no aproveitamento dos benefícios da mobilidade urbana. • Falta de engajamento cidadão para conscientização, mobilização e construção coletiva de soluções. • Dificuldades no combate à hipervalorização do uso automóvel individual. • Aumento de desigualdades. • Impactos ao meio ambiente. 	<p>MiC1. Poluição do Ar MiC2. Sinistros no trânsito MiC3. Ruído do tráfego MiC4. Inatividade física MiC6. Barreiras relacionadas ao sistema de transporte público MiC7. Congestionamento</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

Nessa Macrocategoria a PNMU foi codificada na cor amarela, indicando ausências ou contradições que mereceram atenção no sentido de promover a intersetorialidade e a reduzir iniquidades.

A falta de estratégias de comunicação social na política de mobilidade urbana tem implicações significativas nas dificuldades enfrentadas pelas pessoas ao se deslocarem pelos diferentes territórios da cidade. A ausência de comunicações amigáveis e didáticas sobre localização no espaço, rotas de deslocamento, meios de deslocamento, serviços ofertados, horários e condições desses serviços cria barreiras para a mobilidade eficiente e segura (VASCONCELLOS: CARVALHO; PEREIRA, 2011; VASCONCELLOS, 2013; 2016).

Essa falta de comunicação acessível e sensível também afeta negativamente pessoas idosas e pessoas com deficiência visual e auditiva, e pessoas neuroatípicas. A falta de orientação adequada e de informações claras dificulta o uso dos sistemas de mobilidade urbana por essas pessoas, limitando sua autonomia, inclusão e sua capacidade de desfrutar plenamente dos benefícios da mobilidade urbana (CECCHINI, *et al.*, 2018).

Para superar essas dificuldades, a comunicação social na política de mobilidade urbana pode apresentar diretrizes sobre como a comunicação gráfica e a

sinalização podem ser incorporadas para facilitar o uso e o melhor aproveitamento da mobilidade urbana, por qualquer perfil de usuário e população. Isso inclui a utilização de símbolos universais, informações em formatos acessíveis (como braille, letras grandes e linguagem simplificada) e sistemas de orientação espacial eficientes (BARBOSA; MATTOS; AVELAR, 2019).

Além disso, pode ser muito estratégico que a política de mobilidade valorize a comunicação social, incluindo nas obrigações do planejamento de mobilidade a ser elaborado pelos entes federados, a elaboração de um plano de comunicação abrangente. Esse plano poderá não apenas tratar de estratégias de orientação espacial e deslocamento, mas também apresentar estratégias de engajamento cidadão. Através da conscientização, mobilização e construção coletiva de soluções, a comunicação social tem o potencial de incentivar a participação ativa dos cidadãos, estimulando-os como agentes de transformação na construção de uma mobilidade urbana mais inclusiva e equitativa.

É importante ressaltar que a comunicação social na política de mobilidade deve também combater a influência do mercado e do modo capitalista de produção, que manipulam a percepção dos indivíduos e sociedades em relação aos modos de transporte. Estratégias de comunicação contra-hegemônicas são necessárias para desmistificar o apelo do automóvel individual como símbolo de ascensão social, virilidade e poder, e para promover modos de transporte ambiental e socialmente mais responsáveis.

A falta de estratégias de comunicação social na política de mobilidade urbana gera dificuldades para as pessoas se deslocarem pela cidade, afeta negativamente grupos vulneráveis e reforça iniquidades. É essencial que a comunicação social seja inclusiva e aderente às necessidades de comunicação de diferentes perfis de usuários. Além disso, a política de mobilidade deve valorizar a comunicação social, promovendo a conscientização, o engajamento cidadão e a construção coletiva de soluções.

7.2.6 MaC10. Processos Formativos - discussão e microcategorização

Nessa Macrocategoria a PNMU foi codificada na cor amarela, indicando ausências ou contradições que mereceram atenção no sentido de promover a intersetorialidade e a reduzir iniquidades.

Quadro 7 - MaC10. Processos Formativos – Implicações Possíveis e Microcategorização

APROXIMAÇÃO: TOTALIDADE E REIFICAÇÃO	CONTEÚDOS da PNMU ANLISADOS	IMPLICAÇÕES POSSÍVEIS	MICROCATEGORIAS
PNMU	<p>A PNMU prevê contribuir para a capacitação continuada de pessoas e para o desenvolvimento das instituições vinculadas à Política Nacional de Mobilidade Urbana nos Estados, Municípios e Distrito Federal, nos termos desta Lei (Art. 6, II)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitação insuficiente dos profissionais responsáveis pela implementação e gestão da política de mobilidade urbana. • Falta de conhecimento e habilidades dos gestores nas esferas de governo para lidar com os desafios e demandas da mobilidade urbana. • Baixa qualificação dos operadores dos sistemas de transporte público, afetando a qualidade e eficiência dos serviços oferecidos. • Ausência de uma visão integrada e transversal por parte dos integrantes dos conselhos municipais, estaduais e federais que atuam no controle social relacionado à política urbana e de mobilidade. • Dificuldade em promover a intersectorialidade entre setores como saúde, educação e mobilidade urbana, comprometendo a abordagem mais ampla e integrada dessas áreas. • Comunicação inadequada e pouco acessível para diferentes públicos, resultando em falta de compreensão e assimilação das informações sobre mobilidade urbana. • Desconhecimento das necessidades e especificidades de cada grupo, como condutores, pedestres, ciclistas, usuários e operadores dos sistemas de transporte público, gestores e servidores da área de mobilidade urbana. • Falta de conscientização sobre a função social da mobilidade urbana e a importância de enfrentar e mudar o paradigma do modelo hegemônico de mobilidade no contexto capitalista neoliberal. • Visão limitada e pouco crítica em relação à relação entre mobilidade urbana, justiça social e meio ambiente, prejudicando a busca por soluções mais sustentáveis e equitativas. 	<p>MiC1. Poluição do Ar MiC2. Sinistros no trânsito MiC3. Ruído do tráfego MiC4. Inatividade física MiC5. Problemas de infraestrutura para os deslocamentos ativos MiC6. Barreiras relacionadas ao sistema de transporte público MiC7. Congestionamento</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

A falta de adoção de processos formativos na política de mobilidade urbana pode acarretar uma série de implicações significativas. A ausência de capacitação adequada para os profissionais responsáveis pela implementação e gestão da política, assim como para os gestores em diferentes esferas de governo e operadores dos

sistemas de transporte público, dificulta o enfrentamento dos desafios e demandas da mobilidade urbana. A falta de compreensão e valorização da inclusão, equidade, responsabilidade socioambiental e socioeconômica, e mecanismos de participação democrática podem comprometer a efetividade das ações e políticas implementadas.

Ademais, a falta de processos formativos abrangentes e inclusivos pode prejudicar a atuação dos integrantes dos conselhos municipais, estaduais e federais que exercem controle social relacionado à política urbana e de mobilidade. A falta de qualificação desses membros impede uma visão mais integrada e transversal, dificultando a formulação e monitoramento adequado das políticas públicas (JUNQUEIRA, 2005). A ausência de abordagem intersetorial nos processos formativos também representa um desafio. A mobilidade urbana está intrinsecamente ligada à saúde, qualidade de vida e acesso à educação. Portanto, é essencial que os processos formativos incluam setores como saúde e educação, promovendo discussões e proposições que reflitam essa conexão e proporcionem uma abordagem mais ampla e integrada. Isso é fundamental para direcionar de forma adequada o planejamento e gestão das áreas de mobilidade urbana (HADDAD, 2007).

Como se não bastasse, a falta de sensibilidade às necessidades e especificidades de cada público pode comprometer a efetividade dos processos formativos. É crucial utilizar conteúdos, didática e linguagens adequadas para os diversos grupos envolvidos, como condutores de veículos, pedestres, ciclistas, usuários e operadores dos sistemas de transporte público, gestores e servidores da área da mobilidade urbana. A comunicação clara e acessível é fundamental para garantir a compreensão e assimilação das informações, promovendo uma visão mais consciente da função social da mobilidade urbana.

Por fim, é estratégico abordar nos processos formativos a importância de enfrentar e mudar o paradigma hegemônico de mobilidade no modelo capitalista neoliberal (ARROYO, 2003). Através de processos formativos conscientizadores, é possível contribuir para a formação de uma visão crítica e transformadora, que relacione a mobilidade urbana à justiça social e ao meio ambiente, buscando soluções mais equitativas e sustentáveis. Vale citar como referência os processos de educação permanente em saúde, que incluem gestor e trabalhador na construção do saber.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta dissertação intitulada Mobilidade Urbana como Determinação Social da Saúde: A Intersetorialidade no Enfrentamento de Iniquidades, investigamos como a intersectorialidade em políticas públicas pode contribuir para reduzir iniquidades em saúde, determinadas socialmente pela mobilidade urbana.

Compreender a mobilidade urbana como determinação social da saúde significou estudar as relações entre mobilidade urbana e o processo saúde-doença, levando em consideração não o que emerge nas aparências, mas o que está nas estruturas subjacentes que moldam as desigualdades e iniquidades presentes na sociedade. Essa compreensão foi possível a partir da visão dialética de determinação reflexiva, pela qual o que determina também é determinado pelo reflexo do que determinou.

Partindo dessa compreensão de determinação social da saúde, iniciamos o estudo sobre como a intersectorialidade, em políticas públicas, pode contribuir para reduzir iniquidades. Inicialmente, refletindo sobre democracia e políticas públicas, o Estado como mediador da sociedade, as implicações dessa mediação em uma sociedade capitalista e neoliberal, e o enfrentamento de iniquidades nesse contexto. Emergiu desse estudo a compreensão da relação dialética entre setorialidade e intersectorialidade, indicando a importância de uma análise integrada da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e da Política Nacional de Mobilidade Urbana (PNMU).

O percurso metodológico para essa análise integrada foi desenvolvido sem desconsiderar as singularidades e particularidades que cada “área setorial” apresenta na realidade das pessoas, sociedades e territórios e, ao mesmo tempo, pretendeu superar a fragmentação resultante dessa setorialidade. As análises buscaram ultrapassar as aparências cotidianas para alcançar as estruturas subjacentes que moldam as iniquidades em saúde, relacionadas à mobilidade urbana

A partir dessa compreensão, destacamos algumas considerações acerca do resultado da pesquisa:

- i. A definição, conceituação e aplicação de macrocategorias como um conjunto mínimo de atributos para a investigação de políticas setoriais com perspectiva à intersectorial, se confirmou um passo metodológico eficaz e

- possível de ser replicado para a análise integrada de outras políticas setoriais;
- ii. A abordagem semaforizada para avaliar o potencial alcance das políticas na redução de iniquidades, também se confirmou como um passo metodológico eficaz e possível de ser replicado;
 - iii. A aplicação das macrocategorias integrada à abordagem semaforizada, potencializou a compressão sobre ausências ou potências de cada política setorial em promover a intersectorialidade e reduzir iniquidades;
 - iv. A definição, conceituação e aplicação de microcategorias, como fatores de risco à saúde, decorrentes da mobilidade, se confirmou um passo metodológico eficaz para a análise de possíveis implicações à saúde decorrentes de ausências, contradições ou visão fragmentada na Política de Mobilidade;
 - v. Os resultados alcançados sinalizaram para possíveis aperfeiçoados na PNMU, visando ampliar seu potencial de intersectorialidade e de redução de iniquidade;
 - vi. Diferentemente das macrocategorias e da abordagem semaforizada, a criação e conceituação das microcategorias, visando sua aplicação na análise integrada de outras políticas setoriais, requer investigações específicas sobre a determinação social (e ambiental) relacionada ao conjunto de políticas públicas setoriais a serem analisadas; e
 - vii. Os resultados alcançados sugerem que a intersectorialidade não constitui uma ação para eliminar a setorialidade, mas sim uma estratégia para minimizar e, potencialmente, superar de maneira estruturada as fragmentações originadas da setorialidade.

Diante destas considerações, entendemos que esta pesquisa atingiu seu objetivo: apresentar possibilidades, ao nível das políticas públicas, de enfrentar e reduzir as iniquidades, em saúde, por meio da intersectorialidade entre saúde e mobilidade urbana.

Para além disso, a nosso juízo, os resultados podem também se configurar como uma ferramenta potencial para gestores e movimentos sociais atuarem pela intersectorialidade entre políticas públicas e pela redução de iniquidades, de forma estruturada e estrutural.

Também parece possível um desencadeamento de mudanças resultantes da intersetorialidade nas políticas. Estas poderiam impulsionar uma visão intersetorial nos planos setoriais, que por sua vez influenciariam a gestão, culminando em sua materialização estruturada no território, como se todos os elementos estivessem interligados em uma única correia de transmissão.

No entanto, é importante considerar que não existe um modelo padrão de intersetorialidade. A assimilação e aplicação dos novos conceitos e práticas de intersetorialidade estudados aqui podem exigir tempo, levando em consideração os tempos políticos e institucionais dos gestores, profissionais da área, ativistas e usuários. A metodologia proposta tem potencial de promover mudanças paradigmáticas nos processos de territorialização das intersetorialidades. Contudo, é necessário considerar os contextos e tempos específicos de cada realidade para a sua efetiva implementação.

Por fim, consideramos que a proposta metodológica de análise integrada desenvolvida nesta pesquisa, possibilita a transferibilidade, ou seja, torna os conhecimentos e resultados úteis e aplicáveis em outros contextos específicos. Isso pode representar a superação de obstáculos que dificultam a operacionalização da intersetorialidade na prática, funcionando como uma "amalgama política" e não como uma pasteurização ou homogeneização das políticas setoriais.

REFERÊNCIA

- AGUIÃO, S. Quais políticas, quais sujeitos? Sentidos da promoção da igualdade de gênero e raça no Brasil (2003-2015). **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 51, p. 1-54, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/18094449201700510007>; Acesso em: 14 jul. 2023.0
- AKERMAN, M. *et al.* Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4291–4300, 1 nov. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.10692014>. Acesso em: 31 ago. 2022.
- AMARAL, F. L. J. S. *et al.* Fatores associados com a dificuldade no acesso de idosos com deficiência aos serviços de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2991-3001, 2012.
- ARAÚJO, M. R. M. *et al.* Transporte público coletivo: discutindo acessibilidade, mobilidade e qualidade de vida. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 23, n. 3, p. 574–582, set. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000300015>. Acesso em: 31 ago. 2022.
- ARROYO, M. G. Pedagogias em movimento: o que temos a aprender dos movimentos sociais. **Currículo sem fronteiras**, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 28-49, 2003.
- BALDUINO, A. A.; JESUS, D. S. Reflexões sobre mobilidade urbana de mulheres a partir de um recorte de classe e raça. *In*: SEMINÁRIO CORPO, GÊNERO E SEXUALIDADE, 7.; SEMINÁRIO INTERNACIONAL CORPO, GÊNERO E SEXUALIDADE, 3.; LUSO-BRASILEIRO EDUCAÇÃO EM SEXUALIDADE, GÊNERO, SAÚDE E SUSTENTABILIDADE, 3, 2018, Rio Grande do Sul. **Anais [...]**, Rio Grande do Sul: FURG, 2018.
- BARBOSA, A. M.; MATTOS, E. H. M.; AVELAR, K. E. S. Políticas Públicas de Mobilidade Urbana para Pessoas com Deficiência. **Revista da Seção Judiciária**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 45, p. 77-97, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.30749/2177-8337.v23n45p77-97>. Acesso em: 11 jun. 2023.
- BHALLA, K. *et al.* **Transport for health**: the global burden of disease from motorized road transport. 2014. Seattle, WA: IHME; Washington, DC: The World Bank, 2014. Disponível em: <https://www.healthdata.org/policy-report/transport-health-global-burden-disease-motorized-road-transport>. Acesso em: 11 jun. 2023.
- BLANCO, P. H. M. *et al.* Mobilidade urbana no contexto do idoso. **Revista Cesumar–Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**, Maringá, v. 19, n. 1, 2014. Disponível em: <https://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/revcesumar/article/view/3051/2321>. Acesso em: 11 jun. 2023.
- BRAGA, A.; PEREIRA, L. A. A.; SALDIVA, P. H. N. Poluição atmosférica e seus efeitos na saúde humana. *In*: SUSTENTABILIDADE NA GERAÇÃO E USO DE ENERGIA, 2002. São Paulo. **Anais [...]**, São Paulo: UNICAMP, 2002. Disponível em:

https://www.comciencia.br/dossies-1-72/reportagens/cidades/paper_saldiva.pdf
Acesso em: 11 jun. 2023.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS**: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude.pdf. Acesso em: 11 jun. 2023.

BRASIL. **Poluição atmosférica na ótica do Sistema Único de Saúde**: vigilância em saúde ambiental e qualidade do ar [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/poluicao_atmosferica_SUS_saude_ambiental.pdf. Acesso em: 11 jun. 2023.

BRAUN, V.; CLARKE, V. **Successful qualitative research**: A practical guide for beginners. Los Angeles, CA: Sage, 2013.

BRAUN, V.; CLARKE, V. What can “thematic analysis” offer health and wellbeing researchers? **International Journal of Qualitative Studies on Health and Wellbeing**, [S.l.], v. 9, n. 1, p. 1-2, 2014. Disponível em:
<https://doi.org/10.3402/qhw.v9.26152>. Acesso em: 11 jun. 2023.

CARLOS, A. F. A. O poder do corpo no espaço público: o urbano como privação e o direito à cidade. **GEOUSP – Espaço e Tempo**, São Paulo, v. 18 n. 2 p. 472-486, 2014. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/geousp/article/view/89588>. Acesso em: 11 jun. 2023.

CARMO, C. L.; RAIA, A. A. Segurança em rodovias inseridas em áreas urbanas na região sul do Brasil. urbe. **Revista Brasileira de Gestão Urbana**, Curitiba, v. 11, , e20170182, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2175-3369.011.e20170182>. Acesso em: 11 jun. 2023.

CECCHINI, A. *et al.* Mobility policies and extra-small projects for improving mobility of people with autism spectrum disorder. **Sustainability**, [S.l.], v. 10, n. 9, p. 3256, 2018.

CHAUÍ, M. Breve história da democracia. TV Boitempo, [S. l.: s. n.], 2020a. 1 vídeo (1 h 43 min.). Disponível em:
<https://www.youtube.com/watch?v=k1MIsK5D0LQ&t=2303s>. Acesso em 16 maio 2023.

CHAUÍ, M., *et al.* Curso a democracia pode ser assim: história, formas e possibilidades. São Paulo: Editora Boitempo, 2020b.

FERDINAND, A. O., *et al.* The relationship between built environments and physical activity: a systematic review. **American journal of public health**, [S.l.], v. 102, n. 10, p. e7-e13, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.2105/ajph.2012.300740>. Acesso em: 11 jun. 2023.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. **Saúde em debate**, São Paulo, v. 41, p. 63-76, 2017.

Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2017.v41n112/63-76/>. Acesso em: 14 jul. 2023.

GONZÁLEZ, K.; FUENTES, J.; MÁRQUEZ, J. L. Physical inactivity, sedentary behavior and chronic diseases. **Korean journal of family medicine**, Korean, v. 38, n. 3, p. 111, 2017.

GOULARTI FILHO, A. Estado, Transportes e Planejamento no Brasil: a atuação do Geipot na formulação de políticas públicas para os Transportes. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**, Florianópolis, v. 12, n. 3, 2016.

Disponível em: <https://oa.mg/work/2541608198>. Acesso em: 11 jun. 2023.

HADDAD, S. A educação continuada e as políticas públicas no Brasil.

Revej@:Revista de Educação de Jovens e Adultos, Minas Gerais, v. 1, n. 0, p. 27-37, ago. 2007. Disponível em: <https://ria.ufrn.br/jspui/handle/123456789/381>.

Acesso em: 11 jun. 2023.

HALL, P. A. Policy paradigms, social learning, and the state: the case of economic policymaking in Britain. **Comparative politics**, New York, v. 25, n. 3, p. 275-296, 1993. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/422246>. Acesso em: 11 jun. 2023.

HARRIS, H. *et al.* A systematic analysis of mutual effects of transportation noise and air pollution exposure on myocardial infarction mortality: a nationwide cohort study in Switzerland. **European Heart Journal**, [S.l.], v. 40, n. 7, p. 598-603, 2019.

Disponível em: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy650>. Acesso em: 11 jun. 2023.

HARVEY, D. **A Produção Capitalista do Espaço**. São Paulo: Annablume, 2005.

HARVEY, D. **Cidades rebeldes: do direito à cidade à revolução urbana**. São Paulo: Martins Fontes, 2014.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna**. São Paulo: Edições Loyola, 2016.

HEIDMANN, I. T. S. *et al.* Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 352-358, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-07072006000200021>. Acesso em: 11 jun. 2023.

IANNI, O. **Estado e planejamento econômico no Brasil**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1986.

ITDP - INSTITUTO DE POLÍTICAS DE TRANSPORTE & DESENVOLVIMENTO. **O acesso de mulheres e crianças à cidade**. São Paulo: ITDP, 2018. Disponível em: http://itdpbrasil.org.br/wp-content/uploads/2018/01/ITDP-Brasil_-_O-Acesso-de-Mulheres-e-Crianças-a-Cidade_-_ABR-2018.pdf. Acesso em: 11 jun. 2023.

JUNQUEIRA, L. A. P. Articulações entre o serviço público e o cidadão. *In*: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 10., 2005, Santiago, Chile. **Anais [...]**, Santiago – Chile, 2005.

LUKÁCS, G. **História e Consciência de Classe**. 3. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2018a.

LUKÁCS, G. **Para uma ontologia do ser social**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2018b. v. 1.

MARICATO, E. **O impasse da política urbana no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Vozes Limitada, 2017.

MARICATO, E. **Para Entender a Crise Urbana**. São Paulo: Expressão Popular, 2015.

MARX, K. **O Capital-Livro 1**: Crítica da economia política. O processo de produção do capital. São Paulo: Boitempo Editorial, 2015.

MOBILIDADE URBANA Episódio 4. BDT Filmes. [S. l.: s. n.], 2017. 1 vídeo (26 min.). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=cmFeiJ0uVxg>. Acesso em: 11 jun. 2023.

MOBILIDADOS. Monitore a mobilidade urbana nas 27 capitais e 9 maiores regiões metropolitanas do país. Mobilidados, 2023. Disponível em: <https://mobilidados.org.br/>. Acesso em: 11 jun. 2023.

NDREPEPA, A.; TWARDELLA, D. Relationship between noise annoyance from road traffic noise and cardiovascular diseases: a meta-analysis. **Noise and health**, [S.l.], v. 13, n. 52, p. 251, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.4103/1463-1741.80163>. Acesso em: 11 jun. 2023.

OLIVEIRA, A. S. *et al.* Fatores ambientais e risco de quedas em idosos: revisão sistemática. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, São Paulo, v. 17, p. 637-645, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/Y3SnRmkjKx8WvvnktTKgzbP/>. Acesso em: 11 jun. 2023.

OLIVEIRA, J. H. P. *et al.* **Mobilidade urbana e território**: desafios na perspectiva de mulheres da Zona Sul de São Paulo. 2020. 164 f. Tese (Doutorado em Psicologia: Psicologia Social) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2020.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Trânsito**: um olhar da saúde para o tema. Brasília: OPAS; 2018.

PAZ, R. D. O.; TABOADA, K. J. Conceitos básicos para intervenções habitacionais. *In: BRASIL. Trabalho social em programas e projetos de habitação de interesse social*. Brasília: Ministério das Cidades, 2010.

RISSANEN, R.; BERG, H.-Y.; HASSELBERG, M. Quality of life following road traffic injury: A systematic literature review. *Accident Analysis & Prevention*, [S.l.], v. 108, p. 308-320, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aap.2017.09.013>. Acesso em: 11 jun. 2023.

SALDIVA, P. **Vida urbana e saúde: os desafios dos habitantes das metrópoles**. São Paulo: Editora Contexto, 2018.

SANTARÉM, Paíque Duques. Ações Afirmativas e posicionalidades: de quem é essa luta?. *Pós-Revista Brasileira de Pós-Graduação em Ciências Sociais*, Brasília, v. 17, n. 2, p. 30-37, 2022. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistapos/article/view/46196>. Acesso em: 12 jul. 2023.

SANTINI, D.; ALBERGARIA, R.; SANTARÉM, P. D. (orgs.). **Mobilidade antirracista**. São Paulo: Autonomia Literária, 2021.

SANTOS, M. **A Urbanização Desigual**. São Paulo: Edusp, 2018.

SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. São Paulo: Edusp, 2007.

SAULE JÚNIOR, N.; UZZO, K. **A trajetória da reforma urbana no Brasil**. v. 27, Brasil: Diálogos, propuestas, historias para una Ciudadanía Mundial, 2015.

SILVA, K. L. *et al.* Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. *Ciência & saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, p. 4361-4370, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kzQjPDPNKsbsG8mjghv9Jjr/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 11 jun. 2023.

SOUZA, L. K. Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. *Arquivos brasileiros de psicologia*, Rio de Janeiro. v. 71, n. 2, 2019, p. 51-67, 2019. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/245380#:~:text=http%3A//hdl.handle.net/10183/245380>. Acesso em: 11 jun. 2023.

TOMASIELLO, D. B. **Desigualdades sociais e de renda no acesso à saúde nas cidades Brasileiras**. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2023.

TORRES, L. M. *et al.* Poluição atmosférica em cidades brasileiras: uma breve revisão dos impactos na saúde pública e meio ambiente. *Naturae*, Aracajú, v. 2, n. 1, p. 23-33, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.6008/CBPC2674-6441.2020.001.0003>. Acesso em: 11 jun. 2023.

VASCONCELLOS, E. A. Mobilidade cotidiana, segregação urbana e exclusão. *In*: BALBIM, R.; KRAUSE, C.; LINKE, C. C. (orgs.). **Cidade e movimento: mobilidades e interações no desenvolvimento urbano**. Brasília : Ipea : ITDP, 2016.

VASCONCELLOS, E. A. **Mobilidade Urbana: O que você precisa saber**. São Paulo: Editora Companhia das Letras, 2013.

VASCONCELLOS, E. A.; CARVALHO, C. H. R.; PEREIRA, R. H. M. **Transporte e mobilidade urbana**. Texto para discussão, Brasília, DF: CEPAL. Escritório no Brasil-IPEA, 2011.

VENKATESH, S.; PUSHPA, G. Effect of Traffic Congestion on Mental Health. **Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences**, [S.l.], v. 3, n. 42, p. 10490-10493, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14260/jemds/2014/3368>. Acesso em: 11 jun. 2023.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 100-112, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/J9LSP5w9SXvH5K8W6YFTLfC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 11 jun. 2023.

WANNER, M. *et al.* Active transport, physical activity, and body weight in adults: a systematic review. **American journal of preventive medicine**, [S.l.], v. 42, n. 5, p. 493-502, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.01.030>. Acesso em: 11 jun. 2023.

WEI, F. *et al.* Long-term exposure to ambient air pollution and incidence of depression: A population-based cohort study in China. **Science of The Total Environment**, [S.l.], v. 804, p. 149986, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2021.149986>. Acesso em: 11 jun. 2023.

WELCH, David *et al.* Health effects of transport noise. **Transport Reviews**, [S.l.], p. 1-21, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/01441647.2023.2206168>. Acesso em: 11 jun. 2023.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Review of evidence on health aspects of air pollution—REVIHAAP project: technical report. **World Health Organization**, 2013.

WISEMAN, T.; FOSTER, K.; CURTIS, K. **Mental health following traumatic physical injury: an integrative literature review**. *Injury*, [S.l.], v. 44, n. 11, p. 1383-1390, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.injury.2012.02.015>. Acesso em: 11 jun. 2023.

APÊNDICE 1

Produto Técnico - Minuta de portaria interministerial para formação de Grupo de Trabalho Técnico Transdisciplinar

MINUT DE PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº , DE DE DE 2023

OS MINISTROS DE ESTADO DA SAÚDE, DAS CIDADES E DA GESTÃO E DA INOVAÇÃO EM SERVIÇOS PÚBLICOS, no uso das atribuições que lhes confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e considerando o estudo "Mobilidade Urbana como Determinação Social da Saúde: A Intersetorialidade no Enfrentamento de Iniquidades", resolvem:

Art. 1º Criar o Grupo de Trabalho Técnico Transdisciplinar (GTTrans), composto por representantes indicados pelos respectivos Ministérios, com a finalidade de avaliar a transferibilidade e desenvolver um ou mais instrumentos técnico-orientativos destinados a:

- I. Avaliar as implicações de uma política setorial sobre as vidas das pessoas e territórios, considerando a política avaliada como uma determinação social da saúde;
- II. Orientar metodologicamente a formulação ou revisão de políticas setoriais para que incorporem uma perspectiva intersetorial focada na redução das iniquidades;
- III. Orientar metodologicamente a formulação ou revisão de planos setoriais, alinhados às políticas setoriais com perspectiva à intersetorialidade e redução das iniquidades.

Art. 2º O GTTT deverá fundamentar o motivo de propor determinado tipo de instrumentos técnico-orientativos, explicando o seu alcance e aplicabilidade em diferentes contextos, considerando a diversidade de realidade da gestão pública nos diferentes entes federados brasileiros.

Parágrafo único. A título exemplificativo, o GTTrans deve considerar como instrumentos técnico-orientativos, conforme definido em regulamentação específica:

- I - Estratégias de Implementação;
- II - Guias de Boas Práticas;
- III - Avaliações de Impacto;
- IV - Indicadores de Monitoramento;
- V - Protocolos de Intervenção;
- VI - Frameworks de Governança Intersetorial;
- VII - Modelos de Projeção;
- VIII - Ferramentas de Engajamento Cidadão;
- IX - Métodos de Análise de Equidade.

Art. 3º O resultado do trabalho do GTTrans será apresentado e debatido nas Conferências Nacionais de Saúde e das Cidades, cujos detalhes de organização e participação serão objeto de regulamentação específica.

Art. 4º Os resultados do GTTrans serão trabalhados em processos formativos estruturados junto à administração pública dos 26 Estados e do Distrito Federal e, em parceria com os Estados, junto à administração pública dos 5570 municípios brasileiros, de acordo com diretrizes a serem estabelecidas pelo GTTrans em regulamentação específica.

Art. 5º O GTTrans será composto por representantes dos respectivos Ministérios envolvidos, indicados por seus Ministros de Estado, e terá o prazo de 12 meses para a conclusão dos trabalhos, prorrogáveis por igual período, mediante justificativa.

Parágrafo único. Sempre que considerar necessário, o GTT poderá solicitar, mediante nota técnica, a indicação de representantes de outros Ministérios para integrar a sua composição.

Art. 6º O GTTrans deverá, em até 3 meses após a publicação dessa portaria, elaborar um plano de trabalho detalhado, incluindo previsão orçamentária e plano de desembolso, e submetê-lo à apreciação dos Ministros de Estado da Saúde, das Cidades e da Gestão e da Inovação em Serviços Públicos.

Art. 7º Além dos representantes dos Ministérios que assinam esta portaria, a composição do GTTrans incluirá obrigatoriamente um representante

e um suplente de entidades nacionais representativas de Estados e Municípios, selecionadas conforme critérios estabelecidos pelo Grupo.

Parágrafo único. O GTTrans poderá contar com a participação de especialistas convidados, em caráter consultivo, de acordo com as necessidades identificadas na realização dos trabalhos.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**OS MINISTROS DE ESTADO DA SAÚDE, DAS CIDADES E DA GESTÃO E DA
INOVAÇÃO EM SERVIÇOS PÚBLICOS**

APÊNDICE 2

ARTIGO - MOBILIDADE URBANA E DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE, UMA REFLEXÃO⁶.

Resumo

Compreender as relações entre mobilidade urbana e o processo saúde-doença requer, antes, perceber que a mobilidade urbana está diretamente relacionada ao tipo de cidade e sociedade em que ela ocorre. Assim, as diferentes condições de mobilidade nas cidades, um fenômeno subjacente à qualidade física e social do espaço urbano, podem implicar em iniquidades em saúde, especialmente, em países do capitalismo periférico. No Brasil o modelo de mobilidade associado à precariedade da infraestrutura para pedestres e ciclistas, às longas distâncias a serem percorridas, ao tempo de viagem e à insuficiência e falta de qualidade dos sistemas coletivos de transporte, potencializa os efeitos deletérios sobre a saúde humana. Isso nos permite inferir sobre a mobilidade urbana como uma determinação social da saúde. Este ensaio busca lançar reflexões acerca da mobilidade urbana para além de um utilitarismo positivista a partir de um devir de justiça social, alicerçado pela Promoção da Saúde, tendo como estratégia principal o fortalecimento das intersectorialidades.

Palavras-Chave: Cidades Saudáveis, Saúde Coletiva, Promoção da Saúde, Colaboração Intersectorial.

Abstract

Understanding the relationships between urban mobility and the health-disease process requires, first, realizing that urban mobility is directly related to the type of city and society where it occurs. Thus, the different mobility conditions in cities, a phenomenon underlying the physical and social quality of urban space, may imply health inequities, especially in peripheral capitalist countries. In Brazil, the mobility model associated with the precariousness of the infrastructure for pedestrians and cyclists, the long distances to be covered, the travel time and the insufficiency and lack of quality of collective transport systems, potentiates the deleterious effects on human health. This leads us to infer about urban mobility as a social determination of health. This essay seeks to launch reflections on urban mobility beyond a positivist utilitarianism from a development of social justice based on Health Promotion and having as main strategy the strengthening of intersectorialities.

Key Words: Healthy City, Public Health, Health Promotion, Intersectoral Collaboration.

⁶ Artigo no Prelo - Revista Saúde e Sociedade – SAUSOC -2022-0928.R1

Introdução

Compreender as relações entre mobilidade urbana e o processo saúde-doença, requer, antes, compreender a mobilidade como um processo indissociável da vida humana e da vida em sociedade. Desde as sociedades coletoras até as complexas sociedades pós-industriais, precisamos nos mover, seja para cumprir necessidades básicas como alimento e abrigo, ou para cumprir necessidades mais elaboradas como as que integram a vida cotidiana no mundo contemporâneo (trabalho, estudo, cuidados, segurança, cultura, entretenimento etc.).

A revolução industrial e o advento da urbanização impuseram novos modos de vida em sociedade e novas formas e necessidades de circulação de pessoas e bens dentro das cidades. Bicicletas, bondes, trens, ônibus, carros, caminhões, motos foram incrementando os modos de deslocamentos e, concomitante, a infraestrutura urbana teve que se expandir e se sofisticar. Não apenas os modos de transporte (ativos ou motorizados) passaram a compor o sistema de mobilidade. Também as vias públicas (ruas, calçadas, ciclovias, viadutos, passarelas etc.), as normas e sinalização de trânsito, a sinalização orientativa de percursos, a acessibilidade e os dispositivos de segurança viária, passaram a integrar esse complexo funcional nas cidades que é a mobilidade urbana.

Essas cidades na sociedade capitalista e, por consequência, os seus sistemas de mobilidade, estão focados na produção e reprodução do capital, convertendo em mercadoria as diferentes dimensões da vida: morar, trabalhar, estudar, se alimentar, se deslocar. Assim, a partir da revolução industrial e até o complexo mundo contemporâneo, um modelo hegemônico de cidade e de mobilidade foi sendo forjado nessa lógica mercantil que concentra nas áreas de maior renda *per capita* a boa infraestrutura, a melhor oferta de transporte, a diversidade de atividades econômicas e de serviços e os melhores padrões habitacionais.

Contrastando com essas áreas priorizadas pelo capital imobiliário, em especial em países do capitalismo periférico como o Brasil, foram se consolidando bairros, vilas e comunidades mais pobres, muitas vezes periféricas, com infraestrutura, moradias e condições sanitárias precárias e pouca oferta e qualidade de transporte. Há ainda um

urbano intermediário do ponto de vista da infraestrutura, das moradias e dos serviços, que integra o tecido urbano, por vezes, conectando ou separando geográfica e fisicamente essas diferentes realidades socioespaciais.

Harvey define a urbanização como um fenômeno de classe, no qual a decisão sobre o excedente extraído de determinados lugares e de determinadas pessoas, está nas mãos de poucos (HARVEY, 2012). Os investimentos públicos e privados que qualificam o espaço urbano seguem subordinados aos interesses do mercado imobiliário (MARICATO; COLOSSO; COMARÚ, 2018), concentrando bens e serviços em áreas estratégicas para especulação e reforçando a lógica da cidade produzida como mercadoria e constituída espacialmente de forma dispersa e desigual.

Nesse modelo hegemônico os investimentos em infraestrutura estão voltados prioritariamente para o transporte motorizado, individual e movido a combustível fóssil. Embora menos de 30% dos deslocamentos na cidade sejam feitos por automóvel, mais de 80% da área pública é destinada a eles (IPEA, 2016). Enquanto isso pedestres e ciclistas (36%), bem como passageiros de transportes coletivos (36%) disputam menos de 20% da área pública destinada à circulação que é, em regra, a que menos investimentos recebe.

As diferentes condições de mobilidade, fenômeno subjacente às características físicas, geográficas e sociais do espaço urbano, podem representar maior ou menor riscos de adoecimento e morte, a depender de onde as pessoas moram (centro, periferia, áreas infraestruturadas e com ofertas de emprego e serviços, áreas urbanisticamente precárias), por onde e em que horários elas circulam e de que forma se locomovem (a pé, de bicicleta, moto, carro, ônibus, metrô etc.).

Quanto maior, mais disperso e desigual o território urbano, mais desafios são impostos à população para os seus deslocamentos cotidianos, especialmente, a população de baixa renda que reside em regiões periféricas. No Brasil, 1/3 da população nas grandes cidades, vivem em áreas periféricas (IBGE, 2017). Em regra, as populações trabalhadoras além de se deslocarem por longas distâncias para acessar as centralidades de empregos e serviços – em média 16km (ALELO, 2016), dependerem predominantemente de sistemas públicos de transporte insuficientes na oferta, precários na qualidade e, geralmente, restritos ao movimento cotidiano pendular casa-trabalho, trabalho-casa. (ARAÚJO *et al.*, 2011).

Com as grandes distâncias para o deslocamento, trabalhadoras e trabalhadores são obrigadas(os) a investirem mais horas de seus dias no trânsito

(média 2h por dia) (ALELO, 2016), expondo-se mais a riscos de acidentes, à poluição sonora e atmosférica, e sofrendo mais os impactos físicos e psicológicos dessa jornada ampliada e, muitas vezes, em condições de stress. O SUS pela sua característica de universalidade, recebe esse impacto no atendimento de urgências/emergências e também nos aspectos crônicos, porém apresentando lacunas no que tange à própria informação dessas condições e também no papel dos serviços de saúde na prevenção e promoção da saúde (POR VIAS SEGURAS, 2023).

Embora se identifique um aumento das publicações na temática, ainda predominam estudos que se restringem à perspectiva de determinantes sociais e não de determinação social, ou seja, predominam estudos que vincularam a mobilidade [urbana] às influências ambientais na saúde e que analisam as questões comportamentais individuais como fatores de risco, *per si*, dissociando-as dos processos históricos e materiais que constituem as condições sociais, econômicas e culturais dos indivíduos e das sociedades.

De forma antagônica ao que pretendemos tratar nesse artigo, esses estudos focam na relação direta, por exemplo, das causas de acidentes a fatores humanos, atribuindo-as ao estado emocional, habilidade dos motoristas e pedestres, tanto de forma positiva como negativa (AMERATUNGA; HIJAR; NORTON, 2006; VECINO-ORTIZ *et al.*, 2022). Há ainda literatura que se restringe a apontar para uma relação entre os sentimentos de raiva, estresse, ansiedade e agressividade, com certos acidentes e comportamentos de risco executados no trânsito (BARTHOLOMEU, 2017), abstraindo-se das condições materiais históricas nas quais as relações sociais, e, por consequência, os comportamentos dos indivíduos na sociedade, são forjados.

Diferentemente desse foco analítico que tende a eclipsar as causas (em geral complexas, estruturais e multifatoriais) com sintomas intermediários atribuindo a esses o status de causa, nosso estudo busca compreender as complexas estruturas que determinam e são, dialeticamente, determinadas pela vida social e suas relações com a saúde, incluindo a saúde mental.

A organização mundial da saúde aponta que 93% das mortes no trânsito ocorrem em países de baixa e média renda, embora estes concentrem aproximadamente 60% dos veículos do mundo. Apesar de homens correrem maior risco de morrer por acidentes de trânsito do que mulheres, os grupos mais vulneráveis nos quais estão interseccionados, inclusive, as dimensões de gênero, sexo, raça,

idade e deficiência, são os mais afetados por condições restritiva e inseguras de mobilidade (OMS, 2018).

Percebe-se assim que variáveis relacionadas à mobilidade urbana, especialmente modo e tempo de deslocamento, têm diferentes imbricações com o processo saúde-doença das populações urbanas e que nessas imbricações subjaz não somente, mas de forma matricial, a dimensão de classe.

Este cenário provoca-nos um conjunto de questões, se observado pela lente da iniquidade em saúde. A primeira seria delimitar o modelo teórico epistemológico da mobilidade urbana. A segunda, provavelmente, refere-se a ser, ou não, a mobilidade urbana uma determinação social da saúde.

Uma terceira poderia buscar respostas à importância da intersectorialidade nesse enfrentamento, considerando que se trata aqui de duas áreas diferentes: saúde e mobilidade. Questões ainda sobre ações ou estratégias capazes de reduzir as iniquidades em saúde, decorrentes da mobilidade; possibilidade de uma trade-off passando a mobilidade urbana a compor estratégias de saúde coletiva e tantas outras, podem ser despertadas ao observarmos o fenômeno da mobilidade urbana e suas implicações sobre o processo saúde-doença das populações. Neste artigo, entretanto, partindo de um panorama geral sobre a mobilidade urbana no Brasil, traremos algumas reflexões sobre as três primeiras questões suscitadas. Trabalharemos elementos da teoria crítica e derivaremos para a interdisciplinaridade em formato de ensaio teórico conceitual e factual.

1) Panorama geral sobre a mobilidade no Brasil

Dados de 2018, do Sistema de Informações de Mobilidade Urbana da Associação Nacional de Transportes Públicos, (ANTP, 2020) mostram que nos 533 municípios brasileiros com população acima de 60 mil habitantes (ano de 2014), foram realizadas 223 milhões de viagens (deslocamentos dentro da cidade), por dia. Pessoas de diferentes classes sociais, sexo, gênero, raça, idade deslocam-se cotidianamente em busca do acesso aos seus direitos básicos, utilizando um sistema de mobilidade urbana caracterizado por privilegiar os veículos motorizados individuais e não os deslocamentos ativos (pedestres e ciclistas) e os modos coletivos (ônibus, metrô, trens).

Esse modelo de mobilidade associado à precariedade da infraestrutura para pedestres e ciclistas, às longas distâncias a serem percorridas, ao tempo de viagem e à insuficiência e falta de qualidade dos sistemas coletivos de transporte, potencializa os efeitos deletérios sobre a saúde humana aumentando as ocorrências de lesões, doenças, violências e mortalidade.

Em 2019, 31.945 pessoas perderam a vida por lesões de trânsito (BRASIL, 2021). Se considerarmos os 533 municípios brasileiros com população acima de 60 mil habitantes, constantes no Relatório 2018 - SIMU/ANTP, foram 21.887 mortes representando um custo de 115,1 bilhões de reais/ano. Entre março de 2020 e julho de 2021, o Sistema Único de Saúde (SUS) registrou um total de 308 mil internações por acidentes de trânsito, sendo que em 2020, os gastos com internações relacionadas ao trânsito foram de R\$ 171 milhões. Em 2016, o número de óbitos por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) devido à poluição do ar (MP_{2,5} e O₃) foi de 25.435. Estima-se que a poluição do ar tenha sido responsável, nesse mesmo ano, “por aproximadamente 58% de mortes prematuras por doenças cerebrovasculares e doenças isquêmica do coração; 18% por doença pulmonar obstrutiva crônica e infecção respiratória aguda baixa; e 6% por câncer de pulmão, traqueia e brônquios”(BRASIL, 2019). A inatividade física é um dos fatores que contribuem para a hipertensão arterial, diabetes e obesidade cujos custos diretos atribuíveis no Brasil totalizaram R\$ 3,45 bilhões (NILSON *et al.*, 2020). Saldiva nos fala do ‘sedentarismo compulsório’ consequência de um modelo de transporte individual e motorizado, da violência do trânsito e ausências de medidas que privilegiem a mobilidade ativa (SALDIVA, 2018). Na cidade de São Paulo 60% das viagens de carro são feitas em percursos entre 2 e 5km (MOBILIZE BRASIL, 2018), distância favorável e indicada para deslocamentos ativos (a pé ou de bicicleta). Por outro lado, as populações mais pobres e periféricas têm longos percursos feitos a pé ou de bicicleta de forma compulsória, por não terem alternativas de transporte público que atenda às suas demandas ou pelo fato de a renda familiar não ser suficiente para incorporar despesas com transporte. Dados do IBGE pré-pandemia da COVID19 mostravam que 18,1% do orçamento familiar estavam comprometidos com transporte, superando pela primeira vez o percentual comprometido com alimentação (IBGE, 2021).

Vale refletir, entretanto, que embora este cenário componha um panorama geral sobre a mobilidade no Brasil, as informações disponibilizadas expressam uma

vertente fortemente determinista e focada no risco da estrutura de mobilidade urbana, analisando somente a superfície da questão. Serve-nos, portanto, como ponto de reflexão ao partirmos para a delimitação teórico epistemológica do trabalho.

2) Mobilidade urbana – construção teórico epistemológica para enfrentamentos de iniquidades

O conceito de mobilidade até os anos 70 era dotado de uma concepção utilitarista visto predominantemente como uma questão de prestação de serviços de transporte. Os principais aspectos a serem sanados pela gestão pública e engenharia de trânsito estavam focados em como corresponder a oferta de infraestruturas à procura de transporte, tanto para mercadorias como para passageiros. As respostas para essa questão deram ênfase no transporte rodoviário, priorização do transporte individual e não coletivo, esforços limitados para promover modos de transporte não motorizados, e por fim uma separação da concepção do planejamento urbano e do transporte (SILVA; COSTA; MACEDO, 2008).

A partir da década de 80 principalmente com os movimentos ambientalistas, mas também com o crescimento dos preceitos da Promoção da Saúde e justiça social, o planejamento e a gestão das cidades foram tencionados a dar respostas às crescentes iniquidades e perda de qualidade de vida nos territórios urbanos (BUSS, *et al.*, 2020)

Assim, algumas linhas teóricas e algumas organizações e instituições passaram a incorporar uma visão que considerava os preceitos do desenvolvimento sustentável, como no caso da agenda 20-30, que vai para além da logística utilitarista e passa a articular três pilares, sendo eles a proteção ambiental, a sustentabilidade econômica e a justiça social que se tornam condicionantes importantes no processo de conceituação e ação política (IPEA, 2016). Nesse contexto aplicado ao Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde atuou como dispositivo de interconexão para as agendas da saúde e da mobilidade urbana reafirmando a importância da intersectorialidade e da interdisciplinaridade para o desenvolvimento das cidades saudáveis (BRASIL, 2010). Embora essa mudança de paradigma tenha oportunizado mudanças no agir, pensar e planejar as cidades e seus complexos funcionais, como a mobilidade urbana, nas áreas de planejamento e gestão pública, e por que não dizer também nas atividades profissionais privadas, ainda prevalece o modelo hegemônico

setorializado e determinístico, requerendo esforço intensificado de produção e compartilhamento do conhecimento interdisciplinar e intersetorial. Isso nos inspira a superar desafios, sobretudo das iniquidades e sua determinação social da saúde, às respostas apresentadas, mesmo em agendas interdisciplinares como a agenda 20-30, que ainda não alcançaram questões efetivamente estruturais.

Fica assim ratificada a nossa reflexão da mobilidade urbana como determinação social da saúde e a nossa crítica à insuficiência do termo determinantes sociais da saúde, que aparece desprovido do arcabouço teórico e político necessário para desenredar esse tensionamento entre a mobilidade urbana e o processo saúde-doença, sendo necessário não só uma crítica social, mas métodos mais sensíveis e capazes de desafiar a hegemonia dos campos de conhecimento que abordam os fenômenos relacionados aos temas aqui tratados.

3) Determinação social da saúde, uma reflexão.

Antes de iniciarmos a reflexão sobre determinação social da saúde é-nos caro demarcar qual o conceito de saúde reivindicamos, tendo consciência de que, fosse qual fosse o conceito defendido, ele não seria categórico, estático e tão pouco a-histórico. Respeitados teóricos sobre a história da saúde, como (ALMEIDA FILHO, 2011) nos oferecem farto material para compreendermos isso. Tratar a saúde como algo que parte de condições dadas, determinadas mecanicamente, sem compreensão dos complexos processos que estruturam, dão significado e significam as relações humanas e sociais separando-as do objeto, constituiria um olhar positivista do qual não compartilhamos. Pensá-la de forma Hegeliana, como algo a se constituir a partir das ideias, sem a ancoragem material e histórica que determina o seu reflexo presente, também não será o nosso caminho. Aqui trabalharemos com o conceito apresentado Juan César García no qual saúde constitui condição de “máximo desenvolvimento das potencialidades do homem, de acordo com o grau de avanço obtido pela sociedade em um período histórico determinado”(NUNES; GARCÍA, 1989). Veja que essa demarcação conceitual pode nos levar a uma hipótese de determinação que, em nossa interpretação seria: ao observarmos um período histórico específico, o grau de avanço obtido pela sociedade até esse período, determinaria um certo potencial social, psicológico e até biológico a ser usufruído pelo ser humano e que a saúde estaria no

desenvolvimento máximo dessa potencialidade, portanto, determinada por fatores que possam restringir, limitar, validar, potencializar ou mesmo extrapolar esse “máximo”.

Aglutinamos a essa interpretação, a visão dialética entre “o que determina” e “o que é determinado” tendo como ponto de mirada a categoria ‘determinação reflexiva’ trabalhada pelo filósofo húngaro Lukács, ao resgatar a questão ontológica proposta por Marx e assim interpretá-la:

Na dialética materialista, na dialética da própria coisa, a articulação das tendências realmente existentes, frequentemente heterogêneas entre si, apresenta-se como solidariedade contraditória do par categorial. Quando se afastam as determinações lógicas e se volta a dar seu verdadeiro significado às determinações ontológicas, efetua-se um imenso passo à frente no sentido da concretização desse complexo relacional uno e dúplice." (LUKÁCS, 2018, p.415)

As determinações reflexivas nos elucidam que o que se pode e deve investigar como determinação social da saúde, embora possa conter, não está contigo na definição institucionalizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre os determinantes sociais da saúde assim descrito: circunstâncias nas quais as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem, e envelhecem, e o amplo conjunto de forças e sistemas que moldam as condições da vida cotidiana. Trata-se, de outa foram, de um paradigma complexo que articula singularidade, particularidade e universalidade e não dissocia ser humano de natureza, seguindo em movimento contínuo e cumulativo no qual o que determina também é determinado pelo que determina sem que essas relações sejam equivalentes e nem aleatórias.

Corroboramos, portanto, com parte das reflexões de Minayo ao provocar-nos sobre o uso acríptico da expressão “determinação social da saúde” e suscitar uma possível inflexão conceitual a partir da obra de pensadores e teóricos contemporâneas como o físico-filósofo Ilya Prigogine e o biólogo-filósofo Henri Atlan (MINAYO, 2021). Encontramos, entretanto, na obra desses autores, elementos de intersecção e não de contraposição à obra de Lukács. E, nesse sentido, afirmamos que nosso pressuposto para analisar a mobilidade urbana como determinação social da saúde parte das determinações reflexivas Lukács.

Posto isso, e entendido o conceito de saúde sobre o qual debruça o nosso trabalho, retomamos a discussão da mobilidade como determinação social da saúde já pontuando que compreender as relações entre mobilidade urbana e o processo saúde-doença requer, também, compreender que a mobilidade urbana está

diretamente relacionada ao tipo de cidade e sociedade onde ela ocorre. Isso quer dizer que nascer, morar, viver, trabalhar em uma sociedade capitalista, na qual a cidade é mercadoria e em um contexto que as políticas neoliberais têm levado, cada vez mais, a uma exacerbação da desigualdade, são componentes relevantes das determinações reflexivas.

E dentro desse complexo movimento contínuo e cumulativo, entender que o modelo de mobilidade ao qual aderimos - de forma espontânea ou compulsória - reflete “o processo pelo qual as ideias da classe dominante se tornam as ideias de todos, por assim dizer, tornam-se ideias dominantes (CHAUI, 2001). Assim, a despeito do que as estatísticas mostram sobre efeitos deletérios do modelo de mobilidade urbana hegemônico sobre a saúde da população, enfrentar esses efeitos vai muito para além do processo heurístico de mapear os riscos e mitigar suas “causas”. Incorpora dentre outras questões atuar firmemente com os princípios da universalidade, equidade e integralidade por meio da práxis humano-social da própria promoção da saúde como norte ético, estético e político e enfrentar a pressão neoliberal de focalização e de privatização dos serviços (MATTIONI *et al.*, 2022; MIRANDA, 2021).

4) Intersetorialidade, Mobilidade urbana e determinação social da saúde

A sociedade ocidental contemporânea tem na fragmentação e na superespecialização o seu *modus operandi*. O fundamento neoliberal da individuação que departamentaliza as estruturas e fraciona a realidade está espelhado nas nossas vidas de forma cotidiana. Justiça passa a ser emparelhada com meritocracia atribuindo valor à competitividade não à cooperação e à complementariedade. Subtraídos de nossas subjetividades, olhamos o mundo pelo reflexo do que supomos ser e perdemos de vista o reflexo do mundo (complexo, articulado e não linear) sobre o que de fato somos.

Sobre vários aspectos de nossas vidas essa individuação e fragmentação podem ser identificadas e descritas, basta alçarmos o olhar para além do muro das ideias dominantes. Na mobilidade, por exemplo, o sonho de consumo do trabalhador (como ser individuado e universal) é o “carro próprio”. Quanto melhor a renda desse trabalhador, mais sofisticado e tecnológico passa a ser o carro dos seus sonhos, objeto de seu desejo de liberdade, por meio do qual se imagina ‘apartado e protegido

do mundo lá fora, sujo, nocivo e desorganizado'. Os passageiros de um ônibus lotado às 6h da manhã também devem acalentar um sonho dessa natureza enquanto o “baú” vai aumentando a lotação a cada parada no percurso para o trabalho. E o que tem isso a ver com processo saúde-doença? Muito! A anedota do carro próprio, cortejada pelo modelo capitalista de mobilidade, é um recurso ilustrativo para a falarmos de determinação reflexiva no processo saúde doença que envolve mobilidade e saúde. Vejamos, só na Região Metropolitana de São Paulo, em 2020, as emissões veiculares colocaram mais de 88 mil toneladas de monóxido de carbono no ar (CETESB, 2022). Os quase 6 milhões de automóveis da cidade de São Paulo (IBGE, 2021), representam quase 8 mil toneladas de aço produzida com o ferro retirado da natureza em processos de extração como o que a Vale do Rio Doce operava em Brumadinho. A esse conjunto de impactos soma-se o cenário já apresentado de doenças, agravos violências e mortes decorrentes do modelo hegemônico de cidade e de mobilidade. Ainda assim, na nossa individuação o carro é o nosso objeto de desejo e perseguimos esse sonho de consumo alheios ao complexo emaranhado de riscos e consequências subjacentes a ele.

Por essa lente vai se explicitando a complexa multidimensionalidade e multicausalidade que reside no real. Alienados da visão do todo e socializados na lógica da individuação, somos arremessados para o consumo com a promessa de liberdade e de felicidade ao mesmo tempo que força destrutiva desse modelo é invisibilizada pelo pensamento dominante. E, quando crises e desastres emergem, o mesmo sistema culpabiliza o comportamento individual como estratégia diversionista que desmobiliza lutas por mudanças estruturais.

Partimos dessa ilustração para sinalizar a imprescindibilidade e ao mesmo tempo os desafios de intersectorializar as diferentes dimensões da mobilidade e da saúde compreendendo a mobilidade urbana como determinação social da saúde. Akerman *et al.* (2014), ao sugerir um roteiro exploratório para intersectorialidade ser definida como um modo de gestão, propõe processos sistemáticos nos quais a articulação, o planejamento e a cooperação entre diferentes setores da sociedade e entre diversas políticas públicas atuariam, de forma intersectorial, sobre os determinantes sociais (AKERMAN *et al.*, 2014). Buscamos olhar para esse roteiro sugerido, atentos ao que nos apresenta Wanderley e colaboradores:

A intersectorialidade como estratégia de gestão pública democrática para responder à setorização e à fragmentação, pressupõe decisão política, articulação

entre os setores e complementariedade das ações, buscando um olhar para a totalidade das manifestações da questão social e dos cidadãos que demandam atendimento público (WANDERLEY *et al.*, 2020, p. 8).

Entendemos que olhar para a totalidade e possibilitar que políticas públicas atuem de forma intersetorial sobre a determinação social, exige disputar com o próprio estado a universalidade, a equidade e a integralidade na decisão política, uma vez que esse estado, constitucionalmente responsável por proteger e garantir direitos aos cidadãos que demandam atendimento público, muitas vezes responde e se articula com o sistema que defende um estado mínimo e focalização das políticas públicas.

Alcançar a intersetorialidade será, portanto, necessário e indispensável para incidirmos sobre a realidade da mobilidade como determinação social da saúde. Entretanto, mesmo efetivando as reformas que a intersetorialidade possibilita, se não tivermos como horizonte a perspectiva revolucionário para a superação desse modelo hegemônico de cidade e de mobilidade, não estaremos promovendo a saúde no conceito apresentado por Juan César García e defendido por nós neste estudo (NUNES; GARCÍA, 1989).

Considerações finais

A mobilidade urbana, um complexo funcional das cidades, é um processo indissociável da vida humana e da vida em sociedade sobre as quais tem implicações como determinação social da saúde.

Para atuar sobre a determinação social da saúde, é necessário ter claro qual o conceito de saúde abraçamos, pois isso muito revelará sobre o conceito da “determinação” subjacente ao fenômeno analisado.

Neste estudo, o conceito de saúde por nós requisitado impõe urgência em contrapor o foco analítico que culpabiliza o indivíduo pelas consequências deletérias da mobilidade sobre a saúde. Por tal, ao nos comprometermos a analisar a mobilidade como determinação social do processo saúde-doença, percorremos uma jornada analítica orientada pela visão dialética entre o que determina e o que é determinado. Não nos parece razoável falar de determinação social sem um estudo crítico sobre “que sociedade é essa” e sem compreender, de forma ontológica, a sua constituição material e histórica.

A partir disso, caminhos possíveis para atuar efetivamente sobre a determinação social da saúde, apontam para processos intersetoriais. A intersetorialidade requer decisão política, mobilização e articulação social. Não uma e depois a outra, mas as três, de forma dialética e processual. Requer também uma visão integral, sem apartar as implicações observáveis de suas relações multidimensionais.

Nesse sentido, seria possível uma apreensão da totalidade se a lente de observação fosse monotemática? Não. A setorialização do olhar fraciona e fragmenta a realidade, incorrendo no risco de, mais uma vez, ao alienar-se da realidade não fragmentada, complexa e não linear, dissimular de causa o que é apenas sintoma e, por esse viés, perpetuar as iniquidades e impossibilitar a universalidade e a integralidade na saúde.

Enfrentar as iniquidades em saúde decorrentes da mobilidade urbana passará também por aprofundar o arcabouço teórico metodológico ampliando estudos que contraponham a visão de mundo não só da epidemiologia tradicional, mas também do fazer político, o que nos desafia dar sequência a este estudo com a expectativa de contribuir para um trade-off, passando a mobilidade urbana a compor estratégias de saúde coletiva. Para tanto, enquanto conceito, mas também como política, a Promoção da Saúde pode ser um dispositivo chave das intersetorialidades sobre as quais a relação mobilidade e o processo saúde-doença será mapeado, interpretado e desenredado, tendo como perspectiva um devir de justiça social. Sobretudo tendo na capilaridade/materialidade da rede assistencial do SUS (principalmente a atenção básica) e em seus atores sociais, uma oportunidade de intervenção já intersetorializada no território.

Referências

AKERMAN, M. *et al.* Intersetorialidade? IntersetorialidadeS! **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 11, p. 4291–4300, 1 nov. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320141911.10692014>. Acesso em: 31 ago. 2022.

ALELO. **Pesquisa Mobilidade Alelo**. São Paulo: Conecta, 2016. Disponível em: <https://www.alelo.com.br/empresas/alelopesquisa/mobilidade>. Acesso em: 31 ago. 2022.

ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz: 2011, 156 p.

AMERATUNGA, S.; HIJAR, M.; NORTON, R. Road-traffic injuries: confronting disparities to address a global-health problem. **The Lancet**, Londres, v. 367, n. 9521, p. 1533–1540, 2006. Disponível em: [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(06\)68654-6/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(06)68654-6/fulltext). Acesso em: 31 ago. 2022.

ANTP – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE TRANSPORTE PÚBLICO. Sistema de Informações da Mobilidade Urbana da Associação Nacional de Transportes Público - Simob/ANTP. Relatório 2018, 2020 Disponível em: <http://files.antp.org.br/simob/sistema-de-informacoes-da-mobilidade--simob--2018.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2022.

ARAÚJO, M. R. M. *et al.* Transporte público coletivo: discutindo acessibilidade, mobilidade e qualidade de vida. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 23, n. 3, p. 574–582, set. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000300015>. Acesso em: 31 ago. 2022.

BARTHOLOMEU, D. B. Traços de personalidade e comportamentos de risco no trânsito: um estudo correlacional. **Psicologia Argumento**, Prado velho, v. 26, n. 54, p. 193, 10 nov. 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/lil-527292>. Acesso em: 31 ago. 2022.

BRASIL. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil, 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 118 p. Disponível em: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/436ms>. Acesso em: 2 nov. 2022.

BRASIL. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Uma análise da situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 424 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2018_analise_situacao_saude_doencas_agravos_cronicos_desafios_perspectivas.pdf. Acesso em: 31 ago. 2022.

BUSS, P. M. *et al.* Promoção da saúde e qualidade de vida: uma perspectiva histórica ao longo dos últimos 40 anos (1980-2020). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 12, p. 4723–4735, 4 dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202512.15902020>. Acesso em: 2 nov. 2022.

CETESB - COMPANHIA AMBIENTAL DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Emissões veiculares no estado de São Paulo 2020**. São Paulo: CETESB, 2022, 222 p. Disponível em: <https://cetesb.sp.gov.br/veicular/relatorios-e-publicacoes/>. Acesso em: 31 ago. 2022.

CHAUI, M. S. **O que é ideologia**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 2001. v. 13

HARVEY, D. O direito à cidade. **Lutas Sociais**, São Paulo, n. 29, p. 73–89, 19 dez. 2012.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil** : uma primeira aproximação. Rio de Janeiro: IBGE, 2017, 84 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv100643.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2022.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Cidades e Estados – São Paulo. Brasil: IBGE, 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sp/sao-paulo.html>. Acesso em 12 jun. 2023.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa de orçamentos familiares: 2017-2018 : perfil das despesas no Brasil : indicadores de qualidade de vida. **IBGE**, p. 59, 2021.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Mobilidade Urbana Sustentável**: conceitos, tendências e reflexões. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea, 2016. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_2194.pdf. Acesso em: 31 ago. 2022.

LUKÁCS, G. **Para uma ontologia do ser social**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2018. v. 1.

MARICATO, E.; COLOSSO, P.; COMARÚ, F. A. Um projeto para as cidades brasileiras e o lugar da saúde pública. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe3, p. 199–211, nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S315>. Acesso em: 31 ago. 2022.

MATTIONI, F. C. *et al.* Práticas de promoção da saúde como resistência e contra conduta à governamentalidade neoliberal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 3273–3281, 22 jul. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022278.23902021>. Acesso em: 31 ago. 2022.

MINAYO, M. C. S. Social determination, no! Why? **Cadernos de Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 12, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/qCJn9YH3zYqFSWt5dcvPfqc/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 31 ago. 2022.

MIRANDA, A. S. DE. A focalização utilitária da Atenção Primária à Saúde em viés tecnocrático e disruptivo. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 127, p. 1214–1230, 31 mar. 2021.

MOBILIZE BRASIL. Carro em SP: 60% das viagens estão entre 2 km e 5 km. **Mobilize Brasil**, 2018. Disponível em: <https://www.mobilize.org.br/noticias/10789/carro-em-sp-60-das-viagens-estao-entre-2-km-e-5-km.html>. Acesso em: 31 ago. 2022.

NILSON, E. A. F. *et al.* Custos atribuíveis a obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde, Brasil, 2018. **Revista Panamericana de Salud Pública**,

Washington, v. 44, p. e32, 2020. Disponível em:
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51945>. Acesso em: 31 ago. 2022.

NUNES, E. D.; GARCÍA, J. C. **Juan César García** : pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez Editora, 1989.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global status report on road safety 2018**. Geneva World Health Organization, 2018. Disponível em:
<http://apps.who.int/bookorders>. Acesso em: 31 ago. 2022.

POR VIAS SEGURAS - O impacto das ocorrências de trânsito no sistema de saúde. Mobilidade Ativa. Disponível em <https://mobilidadeativa.org.br/o-impacto-das-ocorrencias-de-transito-no-sistema-de-saude/> Acesso em: 20 mar. 2023.

SALDIVA, P. H. N. **Vida urbana e saúde**: os desafios dos habitantes das metrópoles. 1. ed. São Paulo: Contexto, 2018. v. 1

SILVA, A. N. R.; COSTA, M. S.; MACEDO, M. H. Multiple views of sustainable urban mobility: The case of Brazil. **Transport Policy**, [S.l.], v. 15, n. 6, p. 350–360, 1 nov. 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.tranpol.2008.12.003>. Acesso em: 31 ago. 2022.

VECINO-ORTIZ, A. I. *et al.* Saving lives through road safety risk factor interventions: global and national estimates. **The Lancet**, Londres, v. 400, n. 10347, p. 237–250, 16 jul. 2022. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00918-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00918-7). Acesso em: 1 set. 2022.

WANDERLEY, M. B. *et al.* Intersetorialidade nas Políticas Públicas. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 137, n. 137, p. 7–13, 7 fev. 2020. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/0101-6628.198>. Acesso em: 1 set. 2022.