



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## 51º CONSELHO DIRETOR

### 63ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

*Washington, D.C., EUA, 26 a 30 de setembro de 2011*

---

*Tema 4.2 da agenda provisória*

CD51/5 (Port.)  
1 de agosto de 2011  
ORIGINAL: INGLÊS

## ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO PARA A SAÚDE URBANA

### Introdução

1. As consequências que as constantes mudanças na vida urbana têm para a saúde constituem enormes desafios para a Região das Américas. A finalidade deste documento é oferecer orientação sobre maneiras como os Estados Membros podem enfrentar questões de saúde urbana, em particular as relacionadas aos determinantes da saúde, promoção da saúde e atenção primária à saúde. Com base nas políticas estabelecidas e nos acordos alcançados durante o 50º Conselho Diretor, este documento primeiro resume a informação incluída no documento de base para o Conselho, o qual contém a análise da situação. Em seguida, esboça uma estratégia e plano de ação para nortear o desenvolvimento das atividades multissetoriais a fim de enfrentar de maneira eficaz os principais desafios de saúde urbanos na Região das Américas. Por último, discute as implicações para a ação pelo Conselho Diretor.

### Antecedentes

2. A urbanização pode ter muitos benefícios, assim como consequências adversas, para a saúde e o bem-estar humano. “Muitos dos problemas da pobreza urbana têm suas raízes em uma complexa limitação de recursos e capacidade, políticas governamentais inadequadas tanto na esfera central como na local e uma falta de planejamento para o crescimento e a gestão urbana. Dadas as projeções de crescimento elevado para a maioria das cidades nos países em desenvolvimento, os desafios da pobreza urbana e, de maneira mais geral, da gestão das cidades somente se agravarão em muitos lugares caso não sejam enfrentados de modo mais agressivo” (1). O crescimento urbano não planejado e insustentável pressiona os serviços básicos, tornando mais difícil para os governos suprir as necessidades de uma população diversa com diferentes comportamentos e dinâmicas. Além disso, o planejamento para o crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) em vez de para o bem-estar do povo resultou no favorecimento dos automóveis em relação às pessoas, em mais desenvolvimento em vez da proteção de recursos naturais e em

desperdício no uso da energia. O crescimento urbano não planejado é acompanhado por vários riscos, como os relacionados a fatores e desastres ambientais, sociais e epidemiológicos (2), assim como de condições que afetam a segurança da população. A ação intersetorial necessária para confrontar esses riscos e seus determinantes foi abordada em três conferências consultivas organizadas em 2010 sobre o tema Saúde em Todas as Políticas, em Adelaide, Chile e Helsinque. Várias resoluções, consultas e documentos sobre a saúde urbana, promoção da saúde e determinantes da saúde são pertinentes a este Plano.

3. Esta Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Urbana atende a vários mandatos internacionais e do Órgão Diretivo:

- Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento de 1992, popularmente conhecido como “a Cúpula da Terra”; a qual publicou o relatório *Protecting and Promoting Human Health Commitments*, cujo capítulo 6: Agenda 21 discute o desafio criado pela saúde urbana (3).
- Resoluções CD43.R11 (2001) do 43º Conselho Diretor da OPAS, sobre a Promoção da Saúde nas Américas, e CD47.R20 (2006), sobre a Promoção da Saúde: Avanços e Aspirações Contidas nas Cartas de Ottawa e Bangkok, as quais identificam a necessidade trabalhar com todos os setores de governo e a sociedade civil para melhorar as condições de saúde e promover a equidade.
- Resolução CD47.R1 (2006), A Incapacidade: Prevenção e Reabilitação no Contexto do Direito de Gozar o mais Alto Padrão Possível de Saúde e Outros Direitos Relacionados, que aborda os direitos de pessoas com incapacidades, inclusive o acesso igual à assistência de saúde, educação, moradia, e emprego.
- Resolução CD40.R6 (1997), Saúde dos Povos Indígenas, no contexto da consideração das barreiras econômicas, geográficas e culturais e do monitoramento das iniquidades experimentadas pelas populações indígenas, em conformidade com os Artigos 17.2, 21.1, 23. 24.2, e 29.3 da Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas (2008) (4).
- Resolução WHA62.14 (2009), que considera o Relatório da Comissão da OMS sobre os Determinantes Sociais da Saúde (2008), que salienta a necessidade de abordar as iniquidades resultantes dos determinantes sociais, como a urbanização, e insta por políticas e métodos nacionais para enfrentá-las (5).
- Documentos CD47.18 (2006), Estratégia e Plano de Ação Regional sobre Nutrição em Saúde e Desenvolvimento, 2006–2015, e CD47/17, Rev. 1, Estratégia Regional e Plano de Ação para um Enfoque Integrado da Prevenção e Controle de Doenças Crônicas, inclusive Dieta, Atividade Física e Saúde, que consideram o setor do planejamento urbano um elemento crucial para enfrentar as doenças não transmissíveis e outras questões de saúde.
- Resolução CD48.R11 (2008), Prevenção de Violência e Lesões e Promoção da Segurança: Apelo à Ação na Região, que solicitava que as iniciativas de saúde urbanas fossem fortalecidas para ajudar a prevenir lesões na Região.

- Resolução WHA57.10 (2004), Segurança Rodoviária e Saúde, que reconhecia a Resolução WHA27.59 (1974) e considerava o *Relatório Mundial sobre a Prevenção de Lesões Causadas por Acidentes de Trânsito*, de 2004, que instava pela colaboração intersetorial para integrar os mecanismos de prevenção de lesões causadas por acidentes de trânsito nos programas de saúde pública.
- Resolução WHA62.12 (2009), sobre a atenção primária à saúde (APS), que observa que o *Informe sobre a Saúde no Mundo* da OMS de 2008 identifica a urbanização, juntamente com a globalização e o envelhecimento da população, como o desafio para adaptar a APS e insta pela adoção de modelos locais de prestação de assistência de saúde apropriados que abranjam a promoção da saúde e a prevenção das doenças (6).
- Resolução CD50.R16 (2010), Saúde, Segurança Humana e Bem-estar, com base no entendimento de que a segurança humana afetada pela iniquidade, por fatores ambientais e pela ameaça aos grupos em situação de vulnerabilidade.

4. Os Ministros da Saúde que participaram do 50º Conselho Diretor (2010) (7) solicitaram que a Repartição Sanitária Pan-Americana (RSPA) formulasse uma versão preliminar de uma estratégia e plano de ação regional para saúde urbana como fruto da sua participação na mesa-redonda sobre saúde urbana (8). Solicitaram também que fosse redigida uma resolução para que, após a discussão da versão preliminar, o plano pudesse ser apresentado às delegações para sua aprovação durante o 51º Conselho Diretor. Este documento serve para atender a essas duas solicitações.

5. A mesa-redonda durante o 50º Conselho Diretor foi seguida dos fóruns regionais sobre saúde urbana e promoção da saúde (outubro de 2010), que produziram várias recomendações (9), incluídas nesta Estratégia e Plano de Ação. Posteriormente, foi realizado em Kobe, Japão, o Fórum Global sobre Urbanização e Saúde (OMS, novembro de 2010), durante o qual a OMS-ONU HABITAT lançou o relatório conjunto *Cidades Escondidas* (2010), revelando como a pobreza e a saúde precária estão vinculadas à vida urbana (10), e uma Chamada à Ação para a saúde urbana foi emitida (11). Elementos desses dois documentos também foram incluídos nesta Estratégia e Plano de Ação.

### **Análise da situação<sup>1</sup>**

6. O mundo está se tornando urbanizado a um ritmo sem precedentes, gerando um enorme desafio para a saúde (12): em 1900, 13% da população mundial (220 milhões de

---

<sup>1</sup> A OPAS elaborou dois documentos de base em 2010, dos quais foram extraídas a maior parte das informações desta seção: Mesa-redonda sobre Urbanismo e Vida Saudável, CD50/19, Add. I (Port.), 15 de setembro de 2010, um documento de referência para o debate (12), e *Urban Health Challenges in the Americas* [Desafios Urbanos de Saúde nas Américas], documento de referência elaborado para o Segundo Fórum Regional sobre Saúde Urbana, realizado em Nova York, nos dias 25 e 26 de outubro de 2010 (9).

peessoas) residia nas cidades; em 1950, a população urbana representava 29,1% (732 milhões) da população (2). Em 2008, as Nações Unidas informaram que, pela primeira vez na história, mais da metade da população humana estava vivendo nas áreas urbanas, e a expectativa era que essa proporção subisse para 70% até 2050 (13). Essa tendência é de especial interesse nas Américas; a população urbana da Região cresceu 187% desde 1970. As Américas abrigam seis das maiores megacidades do mundo (São Paulo, Cidade do México, Nova York, Los Angeles, Buenos Aires e Rio de Janeiro). A Região das Américas é a mais urbanizada no mundo em desenvolvimento; 79,4% das cerca de 556 milhões de pessoas da Região vivem nas áreas urbanas, e essa proporção deve subir para 85%. A urbanização rápida e não planejada amplia o impacto da mudança climática (14). As crianças urbanas são uma preocupação especial e, do ponto de vista socioeconômico, crianças menos privilegiadas não raro são encontradas brincando ou mesmo vivendo e trabalhando nas ruas (10). Um dos principais motivos de preocupação é que 30,8% da população urbana vivem em assentamentos irregulares resultantes do crescimento urbano acelerado e não planejado.

7. As consequências do crescimento da população e da urbanização não planejada e descontrolada tem ampliado o déficit social dentro das cidades e produzido grandes cinturões de pobreza e favelas em virtude da falta de oportunidades de emprego, moradia, segurança e proteção do meio ambiente (15). Dois terços das pessoas que vivem abaixo da linha de pobreza na América Latina e no Caribe residem em comunidades urbanas e periurbanas. Enquanto a incidência relativa da pobreza urbana na Região caiu de 41% em 1990 para 29% em 2007, o número de pobres urbanos subiu de 122 milhões para 127 milhões durante o mesmo período (12). As cidades nas Américas atraíram um grande número de indígenas buscando oportunidades econômicas e sociais. No México, o Distrito Federal é considerado atualmente a principal zona indígena metropolitana nas Américas (16). Cidades como Chicago, Guatemala, Lima, Los Angeles e muitas outras se veem diante de desafios semelhantes ao tentar contornar as barreiras culturais que essas populações enfrentam ao procurar obter acesso a serviços. Além disso, a rápida urbanização resultou no adensamento excessivo, levando à criação de favelas e assentamentos inseguros, bem como à falta de saúde básica e serviços de saneamento, devido às barreiras ao fornecimento de infraestrutura adequada e serviços essenciais (17). Nas Américas, estimava-se que, no ano de 2003, 5,1% da população nos países mais desenvolvidos ainda vivia em favelas, enquanto essa porcentagem era de 31,9% nos países menos desenvolvidos da América Latina e do Caribe (18).

8. A urbanização rápida, não planejada e insustentável também tem um grande impacto sobre a saúde. As condições nos meios urbanos podem exacerbar a prevalência de uma variedade de doenças infecciosas transmitidas por vetores (19) e até mesmo de doenças negligenciadas (20). Nas Américas, a razão entre a mortalidade infantil dos 20% mais pobres e dos 20% mais ricos entre os pobres urbanos é 6:1 (10). As doenças crônicas não transmissíveis representam 74% dos anos de vida ajustados por

incapacidade (AVAI) perdidos, e a obesidade nos centros urbanos está crescendo rapidamente, com um aumento sem precedentes da obesidade infantil, que é particularmente alarmante. A alimentação não saudável e o sedentarismo contribuem para o rápido aumento da obesidade infantil. O recente relatório (2010) da OMS sobre a situação das DNTs (21) reitera que a urbanização não planejada está vinculada a um maior risco de exposição a poluentes do ar, falta de serviços básicos, estilos de vida mais sedentários, alimentação não saudável e níveis mais baixos de atividade física, levando a doenças cardiovasculares, diabetes e outras doenças não transmissíveis que afetam os pobres urbanos e os idosos em maior medida. Os sistemas de informação não estão preparados para diferenciar claramente os gradientes socioeconômicos, populações vulneráveis e indígenas ou, não raro, até mesmo as diferenças entre os sexos dentro das cidades. Os sistemas de dados atualmente carecem de um nível suficiente de desagregação dos dados sobre o impacto da urbanização nos homens e mulheres, grupos étnicos e migrantes. No futuro, essa desagregação deve estar disponível na Região. As informações disponíveis, porém, apoiam as estratégias propostas a seguir.

9. Três grandes fatores contribuem para a morbidade na Região: violência, abuso do álcool e tabagismo. A violência nas Américas predomina nas áreas urbanas e, não raro, está concentrada entre nas áreas mais pobres e marginalizadas das cidades. Um estudo multinacional da OMS sobre a saúde da mulher e a violência doméstica contra a mulher (*Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women*), que abrangia dois países da Região, encontrou taxas elevadas de violência em uma grande cidade em cada país: 28% das mulheres em São Paulo e 51% das mulheres em Lima informaram terem sido vítimas de violência física ou sexual por seu parceiro íntimo (12). O consumo de álcool é responsável por uma forte morbidade, ultrapassando as estimativas mundiais; 5,4% de todos os tipos de mortes e 10% de todos os AVAI em 2002 foram atribuídos ao consumo de álcool, com a maior parte da morbidade na América Central e do Sul. Em escala mundial, os homens também apresentam taxas de morbidade total (AVAI) atribuíveis ao álcool bem mais elevadas que as mulheres— 7,4% para homens frente a 1,4% para as mulheres. A proporção entre homens e mulheres com episódios semanais de ingestão de bebida em excesso é de 4:1, a razão mais provável para os índices mais elevados de morte e incapacidade entre os homens. Eles também apresentam taxas muito menores de abstinência em comparação com as mulheres. Nas Américas, a probabilidade de as mulheres serem abstêmias por toda a vida é duas vezes maior. A residência nas áreas urbanas já foi associada a índices de consumo mais elevados (22). A condição socioeconômica e o nível de escolaridade inferiores resultam em um maior risco de morte, doença e lesão relacionada com álcool— um determinante social que é mais significativo no caso dos homens do que das mulheres (23).

10. Nas Américas, assim como no resto do mundo, o tabagismo é a principal causa da morte passível de prevenção, responsável por cerca de 1 milhão de mortes na Região todos os anos (24). De todas as doenças crônicas, mudanças na política do tabaco

poderiam salvar mais vidas mais rapidamente. A urbanização é um dos principais determinantes sociais para o fumo. O tabagismo está associado a uma condição socioeconômica mais baixa, quer seja medida segundo a renda nacional, a renda da família ou pessoal, a situação ocupacional ou o nível de escolaridade (25). Os dados da *Pesquisa de Saúde Mundial 2003* indicam que o tabagismo está mais fortemente correlacionado com a renda ou riqueza doméstica. Ao contrário de outras Regiões do mundo onde os homens fumam uma média de cinco vezes mais do que as mulheres, o tabagismo nas Américas é duas vezes mais prevalente entre os homens. Nos países em desenvolvimento, as taxas de tabagismo entre os homens chegaram a um pico e começaram a cair, enquanto continuam a subir entre as mulheres (26). Além disso, o grau de urbanização foi associado ao tabagismo, sendo maior nas áreas mais urbanizadas das nações em desenvolvimento, devido à maior exposição das populações urbanas a um marketing agressivo e a ambientes regulatórios fracos. Por exemplo, a razão entre o tabagismo urbano e rural é 1,8:1 no México (27), embora os índices estejam começando a cair na maioria das grandes áreas metropolitanas (28).

11. As lesões causadas por acidentes de trânsito causam 142 mil mortes e cerca de 5 milhões de lesões anualmente nas Américas. As taxas de mortalidade ajustadas por idade dos acidentes de trânsito variam amplamente de um país para outro, de 4,3 a 21,8 por 100 mil (12). Nas Américas, ainda que os países de renda alta apresentem uma taxa de mortalidade de 20% e em queda, a tendência na América Latina foi de alta, chegando a 40% (29); os países de renda média-baixa da Região têm um risco de mortalidade 57% mais alto, com um risco mais elevado na faixa etária dos 5 aos 14 anos (250%) e entre as crianças até 4anos de idade (124%). Nos países desenvolvidos da Região, as taxas de mortalidade associadas a acidentes de automóvel são maiores nos grupos socioeconômicos mais baixos (30).

12. Em virtude da contaminação do ar, todos os anos nas Américas podem ocorrer até 93 mil mortes por doenças cardiopulmonares, 13 mil mortes por câncer de pulmão e 58 mil anos de vida perdidos em decorrência de infecções respiratórias agudas nas crianças menores de 4 anos de idade, além de 560 mil AVAI perdidos (12). Os estudos na Região já revelaram que a exposição à contaminação do ar é sistematicamente distribuída de forma desigual, como demonstrado pela exposição infantil à fumaça dos escapamentos no trânsito (31) e pela exposição humana ao ozônio (32). No caso da mortalidade cardiovascular, a proporção do risco é mais elevada, de 6% a 40%, dependendo da exposição à fumaça dos escapamentos no trânsito (33). O grave impacto da contaminação do ar sobre a saúde pública pode ser visto não só em termos de doenças e mortes, mas também na redução da produtividade, no desperdício da educação e em outras oportunidades de desenvolvimento humano desperdiçadas.

13. Além de impactos sobre a saúde, as desigualdades sociais são acentuadas nas cidades. Embora a Região tenha obtido avanços na equidade, os dados tendem a diluir as

grandes desigualdades nos países e cidades. Por exemplo, em 2001, frente aos níveis nacionais, a cidade de Buenos Aires estava em situação muito melhor, com taxas mais baixas de moradias abaixo do padrão (18,5% v. 6,4%), água contaminada (21,3% v. 1,9%) e pessoas que não haviam concluído o ensino primário (8,6% v. 4,8%). Contudo, também são encontradas grandes disparidades na saúde dentro da cidade propriamente dita: a mortalidade infantil varia de 6,5/1000 habitantes em uma zona urbana a 16/1000 habitantes em outra parte da Grande Buenos Aires (12). Também existem disparidades entre países: Honduras, Nicarágua e Paraguai têm maiores porcentagens de pobres urbanos: de 55% a 63%, uma situação bem distante daquela do Chile, onde esse número é de 18,5%.

14. A megatendência global de urbanização é complicada ainda mais pelas problemáticas relações sociais, familiares, comunitárias, interculturais e de gênero, as quais, sem exceção, afetam de forma desigual a saúde da população, com um impacto maior sobre os grupos indígenas e afrodescendentes. Até o presente, essa mudança drástica ainda não foi plenamente abordada nas políticas, estruturas e serviços de saúde, o que está criando uma grande defasagem entre as necessidades da população e a resposta do setor da saúde a elas.

15. A urbanização oferece oportunidades significativas para reduzir a pobreza e a desigualdade de gênero, promover o desenvolvimento sustentável, impulsionar a proteção dos migrantes e populações indígenas e, ao mesmo tempo, enriquecer a cultura das cidades por meio dessa mesma diversidade populacional e melhorar a qualidade de vida e bem-estar da população. O documento final de seguimento ao Resultado da Cúpula do Milênio 2010 (34), ao avaliar o Objetivo 7, “Assegurar a Sustentabilidade Ambiental” para enfrentar a pobreza, instava pela priorização das estratégias nacionais de planejamento urbano com a participação de todos os interessados diretos, promoção de acesso equitativo das pessoas que vivem em favelas a serviços públicos, como saúde, educação, energia, água e saneamento e moradia adequada. Esta Estratégia e Plano de Ação se baseia em exemplos de programas e políticas implementadas em cidades selecionadas, abrangendo temas como poluição do ar e sonora, mudanças ambientais, comportamentos saudáveis, meios saudáveis, espaços para recreação e atividade física, segurança humana, urbanização inclusiva, infraestrutura urbana e violência. Propõe diferentes opções para enfrentar problemas urbanos e ajustar os programas ora em andamento de modo a levar em conta o gradiente social e a dimensão urbana, assim como a identificação das consequências de não fazer nada, destacando os benefícios da vida urbana como possível fonte de apoio à saúde e sustentabilidade. Considera a revisão de programas e melhoria das políticas existentes (35) para administrar a heterogeneidade da população urbana de maneira apropriada. Faz referência aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, Municípios, Cidades e Comunidades Saudáveis, Escolas Promotoras da Saúde, Prioridades Transversais da OPAS e outras iniciativas regionais e nacionais.

## Proposta

16. A finalidade desta Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Urbana é apoiar os ministérios da saúde para: (a) fortalecer seu papel gestor na promoção da saúde à luz dos efeitos da urbanização; (b) ajustar os serviços de saúde de modo a suprir as necessidades específicas das populações urbanas; (c) fortalecer a capacidade institucional para implementar um enfoque de saúde urbana e (d) defender um objetivo comum e a responsabilidade de todos.

17. Para atender às necessidades específicas da população urbana, a estratégia da OPAS para Gestão, Serviços de Saúde, Desenvolvimento de Capacidades Institucionais e Promoção da Causa da Saúde Urbana (SHEDA) é necessária para fortalecer os ministérios da saúde, usando quatro pontos de acesso básicos para chegar a um enfoque integrado, síncrono e regional, obtendo avanços nas seguintes áreas:

(a) *Assunção da Gestão para Promover a Saúde*: proporcionar aos funcionários da área de saúde, autoridades municipais e elementos-chave de outros setores a orientação e as ferramentas de que eles necessitem para respaldar suas atividades de promoção da saúde e do bem-estar ao longo de todo o gradiente social:

- Revitalizar a participação das autoridades locais e as ideias das cidades na análise e tratamento das condições da saúde local usando enfoques intersetoriais e participativos.
- Apoiar a solidariedade, a parceria, o intercâmbio de conhecimentos e a identificação de lideranças e oportunidades das cidades por meio do fortalecimento das Redes de Municípios/Cidades Saudáveis na região.
- Atualizar e ajustar as diretrizes atuais e os instrumentos para os Prefeitos nos Municípios Saudáveis, Planejamento Participativo e Orçamento, e desenvolver nas diretrizes e instrumentos para apoiar suas capacidades intersetoriais.
- Incluir a saúde e a equidade na saúde nas políticas de outros setores (Saúde e Equidade na Saúde em Todas as Políticas).
- Oferecer orientação sobre as prioridades de saúde a serem abordadas e diretrizes para o planejamento urbano voltado baseado na saúde pública e para ações a serem empreendidas por outros setores.

(b) *Ajustar os serviços de saúde*: adaptá-los às necessidades da população urbana, conforme necessário, de modo a atender às necessidades dinâmicas e específicas da diversidade das populações urbanas:

- Pôr em prática a estratégia de atenção primária à saúde de uma maneira inovadora para torná-las mais acessível às diferentes populações urbanas.



- Ir aonde as pessoas estão, tendo em vista as necessidades específicas das famílias de trabalhadores “em trânsito” que, não raro, têm poucas opções de transporte.
  - Abordar a questão das famílias e populações indígenas que recém-migraram e as barreiras e dificuldades que elas encontram para obter acesso a serviços de saúde adequados.
  - Considerar o tamanho da população trabalhando nos setores formais e informais da economia.
  - Considerar os riscos diferenciais enfrentados na vida diária, como as drogas, a violência, comportamentos sexuais, entre outros.
  - Incluir a proteção social de toda a população, sobretudo os mais vulneráveis em termos de gênero, condição socioeconômica, situação imigratória, e raça/etnia.
- (c) *Capacitação e Formulação de Políticas*: projetar políticas e intervenções, fornecer insumos às decisões com base científica e melhorar as capacidades humanas e financeiras.
- (d) *Defesa de um Objetivo Comum e da Responsabilidade de Todos*: na equidade na saúde e bem-estar da população urbana, junto aos governos locais e nacionais, comunidade acadêmica, setor privado, ONGs e sociedade civil.

## **O Plano de Ação para a Saúde Urbana<sup>2</sup>**

### **Princípios**

18. Para responder às necessidades específicas de saúde da população urbana na Região das Américas, este Plano de Ação se baseia em cinco princípios orientadores: equidade, sustentabilidade, desenvolvimento sustentável, segurança humana e boa gestão.

### **Resultados esperados**

19. Os países terão:
- Um sistema ajustado de saúde que aborde as necessidades de saúde da sua população urbana, levando em conta a mobilidade, gênero, etnia, diversidade cultural e equidade.
  - Moldado seus programas conforme seu gradiente social.

---

<sup>2</sup> Neste momento, existem apenas informações parciais para chegar a uma definição completa dos pontos de comparação e metas para alguns indicadores. Quando da conclusão do primeiro ano de execução do plano, será feita uma análise para completar essas informações e, ao mesmo tempo, este plano será alinhado com os Objetivos Estratégicos e Indicadores do Plano Estratégico da Organização 2013–2017.

- Adotado um enfoque coerente para promover a saúde, abrangendo todos os aspectos do governo nas suas cidades.
- Feito melhoras significativas na capacidade de indivíduos, famílias e comunidades para melhorar e manter sua saúde e bem-estar.

### **Objetivo geral**

20. O objetivo geral do Plano de Ação é fortalecer a capacidade de organização e o papel gestor dos ministérios da saúde na defesa do crescimento urbano sustentável que posiciona os seres humanos e as comunidades no centro do planejamento dos objetivos. Busca enfrentar as desigualdades na saúde e atender às necessidades e tirar partido dos ativos de todo o espectro das populações urbanas por meio de políticas, programas e serviços para famílias e comunidades que vivem e trabalham em meios urbanos. Isso exige que as autoridades de saúde pública coordenem seu trabalho com os setores profissionais, e instituições que não são de saúde diretamente vinculados ao planejamento e gestão de assuntos relacionados ao desenvolvimento urbano.

### ***Objetivos específicos***

21. Este é um Plano de 10 anos (2012–2021) que leva em consideração cinco objetivos específicos e atividades posteriores que ajudarão os países a melhorar a saúde das suas populações urbanas e tornar-se responsáveis pelos resultados das políticas e programas pertinentes nas esferas nacional e municipal e que ajudarão a Secretaria a ajustar seus programas e apoiar os países nessas iniciativas.

***Objetivo específico 1:*** Elaborar as políticas de saúde urbana.

### ***Indicador***

- Número de países com planos de desenvolvimento nacional e políticas no âmbito nacional e estadual, conforme o caso, que integrem a saúde e a equidade na saúde ao desenvolvimento urbano. (Ponto de comparação: 6.<sup>3</sup> Meta: 18.<sup>4</sup>)

### ***Atividades***

1.1 Priorizar a integração da saúde às políticas municipais, metropolitanas e nacionais, incentivando cada país da Região e, no caso de países com sistemas federativos de governo, estados ou províncias, a contar com uma política,

---

<sup>3</sup> Dados de referência sobre este e os demais indicadores são apoiados pelas informações disponíveis identificadas em 11 países.

<sup>4</sup> Metas decenais são desenvolvidas com base nas informações disponíveis.

- estratégia, e plano explícitos de saúde urbana que abranja o desenvolvimento e manutenção de meios saudáveis, segurança humana, como lugares seguros para recreação e atividade física, bem como a administração territorial dos determinantes sociais.
- 1.2 Envolver-se e associar-se com outros setores do governo que não o de saúde, assim como com a indústria, de modo a integrar a saúde e a equidade na saúde a todas as políticas urbanas, incorporando mecanismos organizacionais, jurídicos e financeiros que darão coerência a múltiplas políticas e planos de saúde urbana, como políticas concretas nas áreas do crescimento urbano sustentável, combinação equilibrada de aproveitamento da terra, maior conectividade das ruas e transporte público, proteção de recursos naturais (agricultura, terra e água), uso sustentável da energia (com ênfase em mecanismos de reciclagem), criação de condições saudáveis em áreas industriais e turísticas específicas, avaliação e administração eficaz de iniquidades, barreiras culturais e gradientes de saúde.
  - 1.3 Promover a inclusão das avaliações de impacto sanitário e avaliações de impacto de equidade na saúde em políticas, planos e programas públicos e privados nas esferas nacional, estadual e local que influenciem o desenvolvimento urbano.

**Objetivo específico 2:** Ajustar os serviços de saúde urbanos para promover a saúde e melhorar a cobertura.

#### **Indicador**

- Número de países com um Plano Nacional de Saúde, e um plano de saúde infranacional, conforme o caso, integrando uma estrutura de equidade na saúde urbana, levando em consideração os grupos vulneráveis. (Ponto de comparação: 6. Meta: 25.)

#### **Atividades**

- 2.1 Incluir no Plano Nacional de Saúde e, no caso de países com sistemas federativos de governo, estados ou províncias, a consideração especial exigida para fazer face às necessidades de saúde nas cidades.
- 2.2 Melhorar a estrutura dos serviços de saúde prestados às populações urbanas, promovendo sua saúde, dando prioridade à prevenção e melhorando sua cobertura efetiva e proteção social de acordo com o gradiente social, sobretudo a população em situações vulneráveis como moradores de favelas, populações indígenas e migrantes recentes. Deve ser dada consideração especial à proteção contínua de migrantes que residam fora área de seu domicílio.
- 2.3 Adaptar os programas de saúde pública aos meios urbanos, desenvolvendo e usando diretrizes que os ajudem a considerar explicitamente os riscos ambientais,

- sociais e de conduta, a diversidade cultural e os fatores de proteção das populações urbanas.
- 2.4 Instituir instrumentos que promovam a saúde com o propósito de desenvolver habilidades pessoais e estimular as ações comunitárias que fortaleçam os ativos da saúde, bem como aumentar os fatores de proteção para a segurança humana entre indivíduos, famílias e comunidades no contexto da saúde urbana.

**Objetivo específico 3:** Construir estruturas normativas e estratégias de governo participativas que promovam a saúde.

**Indicador**

- Número de países que aplicam as diretrizes de saúde pública da OPAS no planejamento urbano de saúde. (Ponto de comparação: 3. Meta: 18.)

**Atividades**

- 3.1 Estabelecer um processo nacional que divulgue e aplique nas cidades, diretrizes e critérios de saúde pública que assegurem a base institucional e jurídica para o planejamento urbano e habitacional com base nos critérios de saúde pública, na equidade e na participação comunitária informada.
- 3.2 Conseguir a organização e o fortalecimento comunitários e integrá-los à avaliação e planejamento do desenvolvimento urbano, sobretudo no que tange a moradores de favelas, populações indígenas e migrantes recentes.
- 3.3 Estabelecer meios de organização claros para a inclusão e responsabilização ora em andamento dos atores intersetoriais e sociais.

**Objetivo específico 4:** Ampliar as redes nacionais e regionais para o desenvolvimento urbano saudável.

**Indicador**

- Número de países com uma rede nacional de municípios saudáveis usando o Instrumental dos Municípios Saudáveis da OPAS nas comunidades com mais de 100 mil habitantes. (Ponto de comparação: 5. Meta: 24.)

**Atividades**

- 4.1 Apoiar e reforçar o componente da saúde urbana nas redes nacionais e regionais e tirar proveito das redes regionais existentes como a Rede das Américas para Municípios, Cidades e Comunidades Saudáveis; Escolas Promotoras da Saúde; Moradia Saudável; Rostos, Vozes e Lugares, além das redes globais como as Comunidades Seguras.

- 4.2 Integrar a dimensão da saúde urbana ao desenvolvimento sustentável e iniciativas relativas à mudança climática.
- 4.3 Identificar e envolver os atores regionais na urbanização, mobilizando os interesses e capacidades de outros organismos e os profissionais de saúde pública e planejamento urbano.

**Objetivo específico 5:** Fortalecer o conhecimento, a capacidade e a sensibilização para responder aos desafios emergentes em termos de saúde urbana.

#### *Indicadores*

- Número de países com sistemas de vigilância que abrangem indicadores de saúde urbana. (Ponto de comparação: 4. Meta: 15.)
- Número de países que apliquem, às políticas, programas ou projetos nacionais ou municipais, as diretrizes e ferramentas para ação relacionadas a avaliações de impacto sanitário e/ou do impacto sobre a equidade na saúde. (Ponto de comparação: 3. Meta: 15.)

#### *Atividades*

- 5.1 Formular diretrizes e indicadores para sistemas de vigilância, incluindo os determinantes da saúde e determinantes urbanos da distribuição diferencial social dos indicadores de saúde, abrangendo a desagregação dos dados pelo gênero, condições de migração e populações indígenas.
- 5.2 Estabelecer um mecanismo regional, como um observatório e fóruns regionais, que colem sistematicamente dados, experiências, inovações nos serviços de saúde e melhores conhecimentos, políticas e práticas relacionados à saúde urbana, promovendo a colaboração e intercâmbio entre uma cidade/metrópole e outra cidade/metrópole na Região e em sinergia com os esforços empreendidos pelo Centro da OMS para o Desenvolvimento da Saúde, com ênfase especial na melhoria da documentação sobre as disparidades e iniquidades, favelas, populações indígenas e migrantes recentes, e trabalhando por meio da modificação dos seus determinantes da saúde.
- 5.3 Estabelecer mecanismos eficazes para transferir informações para inserir conhecimentos rigorosos e atualizados na concepção de políticas e intervenções em matéria de saúde urbana.
- 5.4 Estreitar os vínculos com acadêmicos e universidades, fomentando a ação de centros colaboradores e promovendo o financiamento de pesquisas pertinentes, conforme identificados pelos observatórios e na prática relacionada com o impacto da urbanização na saúde e no gradiente social.
- 5.5 Formar capacidades para ação no campo da saúde urbana, inclusive por meio do desenvolvimento de recursos humanos e financeiros para o desenvolvimento e a negociação de políticas e intervenções de saúde urbana integradas.

5.6 Aplicar enfoques de promoção de causa e de marketing social com base em dados científicos para se dirigir a públicos específicos visando as mudanças necessárias para melhorar a saúde urbana.

22. Este documento tem o intuito de consolidar o papel da OPAS na antecipação ao surgimento de questões de saúde urbana e previsão de maneiras de enfrentá-las por meio de ações multissetoriais e em vários níveis no âmbito regional, nacional, e local.

### ***Acompanhamento, análise e avaliação***

23. Partindo dos objetivos específicos propostos, o acompanhamento do Plano e a prestação de contas sobre o seu progresso se referirá à evolução com o passar do tempo, com o uso dos dados de base como referência a aferir o progresso. Espera-se que esses elementos sirvam de estímulo aos países para comecem a coletar os dados onde atualmente não há nenhum e que os países prestem contas com base nos dados que consigam obter até então. Os indicadores estão incluídos em cada objetivo específico que servirá de base para este processo de acompanhamento, análise e avaliação.

24. Este Plano de Ação contribui para a consecução dos Objetivos Estratégicos (OE) 3,<sup>5</sup> 6,<sup>6</sup> 7,<sup>7</sup> e 8<sup>8</sup> do Plano Estratégico da OPAS.<sup>9</sup> Os resultados específicos esperados em nível regional para os quais este Plano de Ação contribui estão detalhados no Anexo C. O acompanhamento e avaliação deste Plano estará alinhado com a estrutura de gestão baseada em resultados da Organização, assim como com seus processos de desempenho, acompanhamento e análise. Nesse sentido, serão elaborados relatórios de progresso com base nas informações disponíveis no final de um biênio.

25. Com vistas a determinar os pontos fracos e fortes da execução geral, os fatores causais dos sucessos e fracassos, bem como as ações futuras, serão feitas uma avaliação intermediária e outra final.

---

<sup>5</sup> OE 3: Prevenir e reduzir a morbidade, incapacidade e morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, transtornos mentais, violência e lesões.

<sup>6</sup> OE 6: Promover a saúde e o desenvolvimento e prevenir ou reduzir os fatores de risco, como fumo, álcool, drogas e outras substâncias psicoativas, alimentação não saudável, sedentarismo e sexo sem proteção, que afetam as condições de saúde.

<sup>7</sup> OE 7: Abordar os determinantes socioeconômicos básicos da saúde por meio de políticas e programas que melhoram a equidade na saúde e integram enfoques baseados nos direitos humanos que favoreçam as populações pobres e sejam sensíveis ao gênero.

<sup>8</sup> OE 8: Promover um ambiente mais saudável, intensificar a prevenção primária e influenciar políticas públicas em todos os setores a fim de abordar as causas fundamentais das ameaças ambientais à saúde.

<sup>9</sup> Para mais informações, consulte o [Plano Estratégico da OPAS](#).

### **Ação pelo Conselho Diretor**

26. Solicita-se ao Conselho Diretor que examine a Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Urbana e considere a possibilidade de aprovar o projeto de resolução incluído no Anexo A.

### **Referências**

1. Baker JL. Urban poverty: a global view [Internet]. New York. New York: The World Bank Group; 2008 [Acesso em 3 de dezembro de 2010]. Disponível em: <http://siteresources.worldbank.org/INTURBANDEVELOPMENT/Resources/336387-1169585750379/UP-5.pdf>.
2. WHO Commission on Social Determinants of Health, Knowledge Network on Urban Settings. Our cities, our health, our future: acting on social determinants for health equity in urban settings [Internet]. Kobe, Japan: OMS; 2008 (Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health from the Knowledge Network on Urban Settings) [Acesso em 3 de dezembro de 2010]. Disponível em: [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/knus\\_final\\_report\\_052008.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/knus_final_report_052008.pdf).
3. United Nations. Protecting and promoting human health commitments [Internet]. (Chapter 6: Agenda 21 and UN Commission on Sustainable Development). Geneva, Switzerland: UN; 1992 [Acesso em 3 de dezembro de 2010]. Disponível em: <http://www.earthsummit2002.org/es/national-resources/health.pdf>.
4. United Nations. United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples Sixty-first Session of the United Nations General Assembly; 2007 Sep-Oct; New York, NY: UN; 2007; (Resolution A/61/295). [Acesso em 3 de dezembro de 2010]. Disponível em: [http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS\\_en.pdf](http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_en.pdf)
5. World Health Organization. Reducing health inequities through action on the social determinants of health [Internet]. 62nd World Health Assembly of WHO; 2009 May 18-27; Geneva, Switzerland. Geneva, Suíça: OMS; 2009 (Documento WHA 62.14) [Acesso em 3 de dezembro de 2010]. Disponível em: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A62/A62\\_R14-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-en.pdf).

6. World Health Organization. Primary health care, including health system strengthening [Internet]. 62nd World Health Assembly of WHO; 2009 May 18-27; Geneva, Switzerland. Geneva, Suíça: OMS; 2009 (Documento WHA 62.12) [Acesso em 3 de dezembro de 2010]. Disponível em:  
[http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/9F0B63F4-DF5C-4A57-9B34-C6C9DD25A127/0/A62\\_R12en.pdf](http://www.wpro.who.int/NR/rdonlyres/9F0B63F4-DF5C-4A57-9B34-C6C9DD25A127/0/A62_R12en.pdf).
7. Organização Pan-americana da Saúde. Mesa Redonda sobre Urbanismo e Vida Saudável. [Internet]. 50º Conselho Diretor da OPAS, 62ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 27 de setembro a 1º de outubro de 2010, Washington, D.C., EUA. Washington, DC: OPAS; 2010 (Documento CD50/19 (Port.)) [Acesso em 17 de agosto de 2011]. Disponível em:  
<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-19-p.pdf>.
8. Organização Pan-americana da Saúde. Mesa Redonda sobre Urbanismo e Vida Saudável: Informe Final [Internet]. 50º Conselho Diretor da OPAS, 62ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 27 de setembro a 1º de outubro de 2010, Washington, D.C., EUA. Washington, DC: OPAS; 2010 (Documento CD50/19, Add. II (Port.)) [Acesso em 17 de agosto de 2011]. Disponível em:  
<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-19,%20Add.%20II-p.pdf>.
9. Pan American Health Organization. Urban health challenges in the Americas: Reference Document prepared for the Second Regional Urban Health Forum. 2010 Oct 25-26; New York. Washington (DC): PAHO; 2010.
10. World Health Organization, the WHO Kobe Center for Health Development, and United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat). Hidden cities: unmasking and overcoming health inequalities in urban settings [Internet]. Kobe, Japan. Geneva, Suíça : OMS; 2010 [Acesso em 3 de dezembro de 2010]. Disponível em:  
<http://www.hiddencities.org/report.html>.
11. World Health Organization, the WHO Kobe Center for Health Development, and United Nations Human Settlements Programme (UN-Habitat). Kobe call to action [Internet]. Kobe, Japan. Geneva, Suíça : OMS; 2010. [Acesso em 3 de dezembro de 2010]. Disponível em:  
[http://www.who.or.jp/index\\_files/Kobe%20Call%20to%20Action%20FINAL\\_4p.pdf](http://www.who.or.jp/index_files/Kobe%20Call%20to%20Action%20FINAL_4p.pdf).
12. Organização Pan-americana da Saúde. Mesa Redonda sobre Urbanismo e Vida Saudável: Documento de antecedentes para o debate. 50º Conselho Diretor da OPAS, 62ª Sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas; 27 de setembro a 1º de outubro de 2010, Washington, D.C., EUA. Washington, DC: OPAS; 2010



(Documento CD50/19, Add. I (Port.)) [Acesso em 17 de agosto de 2011]. Disponível em:

<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-19,%20Add%20I-p.pdf>.

13. United Nations Human Settlements Program (UN-Habitat), Regional Office for Latin America and the Caribbean (UN-Habitat, ROLAC). Estado de las ciudades de América Latina y el Caribe [Internet]. Rio de Janeiro, Brazil: UN-Habitat, ROLAC; 2010 [Acesso em 3 de dezembro de 2010]. Disponível em: <http://www.regionalcentre-lac-undp.org/images/stories/DESCENTRALIZACION/herramientas/estadociudades.pdf>.
14. Friel S, Bowen K, Campbell-Lendrum D, Frumkin H, McMichael A.J, Rasanathan K. Climate change, noncommunicable diseases, and development: the relationships and common policy opportunities. *Annu Rev Public Health* 2011 Apr 21;32:133–47. [Acesso em 3 de dezembro de 2010]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21091194>
15. Economic Commission for Latin America and the Caribbean/International Labour Organization Regional Office for Latin America and the Caribbean (ECLAC/ILO). Crisis in the labour markets and countercyclical responses [Internet]. Santiago, Chile: *ECLAC/ILO Bulletin The employment situation in Latin America and the Caribbean*; 2009 Sep; No. 2. [Acesso em 3 de dezembro de 2010]. Disponível em: [http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/37301/2009-639-Bulletin\\_2\\_ECLAC-ILO-WEB.pdf](http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/37301/2009-639-Bulletin_2_ECLAC-ILO-WEB.pdf).
16. Albertani C. Los pueblos indígenas en la ciudad de México. Una Aproximación [Internet]. Ciudad de México, MX: Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco (UAMX); 1999 (Política y Cultura No. 012) [Acesso em 3 de dezembro de 2010]. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/267/26701211.pdf>.
17. Global Research Network on Urban Health Equity. Improving urban health equity through action on the social and environmental determinants of health: final report of the GRNUHE [Internet]. London, UK: GRNUHE; 2010 [Acesso em 3 de dezembro de 2010]. Disponível em: <http://www.ucl.ac.uk/gheg/GRNUHE/GRNUHEPublication/grnuhefinal>.
18. United Nations Human Settlements Program (UN-Habitat). The challenge of slums: global report on human settlements 2003 [Internet]. Nairobi, Kenya: UN-Habitat. London: Earthscan Publications Ltd.; 2003 [Acesso em 3 de dezembro de 2010]. Disponível em: <http://www.unhabitat.org/pmss/listItemDetails.aspx?publicationID=1156>.

19. U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Dengue [Internet]. Atlanta (GA), US: CDC; 2010 [Acesso em 7 de dezembro de 2010]. Disponível em: <http://www.cdc.gov/Dengue/>.
20. Holveck JC, Ehrenberg JP, Ault SK, Rojas R, Vasquez J, Cerqueira MT, et al. Prevention, control, and elimination of neglected diseases in the Americas: pathways to integrated, inter-programmatic, inter-sectoral action for health and development [Internet]. *BMC Public Health*; 2007 Jan;7:6. [Acesso em 3 de dezembro de 2010]. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-7-6.pdf>.
21. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Prova de impresso. OMS, 2011 Genebra, Suíça .
22. Nayga R, Capps O. Analysis of alcohol consumption in the United States: probability and level of intake. *Journal of Food Distribution Research* [Internet]. Sep 1994, Vol. 25, issue 2:17-23 [Acesso em 3 de dezembro de 2010]. Disponível em: <http://econpapers.repec.org/article/agsjlofdr/27601.htm>.
23. World Health Organization. Global status report on alcohol and health, 2011 [Internet]. Genebra, Suíça: OMS; 2011 [Acesso em 3 de março de 2011]. Disponível em: [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/msbgsruprofiles.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msbgsruprofiles.pdf).
24. World Health Organization. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life [Internet]. Genebra, Suíça: OMS; 2002 [Acesso em 3 de dezembro de 2010]. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2002/en/>.
25. World Health Organization. Blas E, Sivasankara Kurup A, eds. Equity, social determinants and public health programmes [Internet]. Genebra, Suíça: OMS; 2010 [Acesso em 3 de dezembro de 2010]. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf).
26. Jonathan M. Samet and Soon-Young Yoon (eds.). Gender, women, and the tobacco epidemic [Internet]. Genebra, Suíça: OMS; 2010 [Acesso em 3 de dezembro de 2010]. Disponível em: [http://www.who.int/tobacco/publications/gender/women\\_tob\\_epidemic/en/index.html](http://www.who.int/tobacco/publications/gender/women_tob_epidemic/en/index.html).
27. Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Encuesta nacional de adicciones 2008 [Internet]. Secretaría de Salud, Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones. Mexico: 2008 [Acesso em 5 de novembro de 2010]. Disponível em: <http://www.insp.mx/encuesta-nacional-de-adicciones-2008.html>.

28. Kopstein A. Tobacco Use in America: Findings from the 1999 National Household Survey on Drug Abuse (Analytic Series: A-15, DHHS Publication No. SMA (02-3622). Rockville (MD), US: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Office of Applied Studies; 2001 [Acesso em 3 de dezembro de 2010]. Disponível em:  
<http://www.oas.samhsa.gov/nhsda/tobacco/tobacco.pdf>.
29. Nantulya VM and Reich MR. Equity dimensions of road traffic injuries in low- and middle-income countries. *Inj Control & Safety Promotion* 2003 Mar-Jun; 10(1-2):13-20.
30. Factor R, Yair G, Mahalel D. Who by accident? The social morphology of car accidents. *Risk Analysis* Sep. 2010;30(9):1411-1423.
31. Gunier RB, Hertz A, Von Behren J, Reynolds P. Traffic density in California: socioeconomic and ethnic differences among potentially exposed children. *J Expo Anal Environ Epidemiology* 2003 May;13(3):240-246.
32. Korc ME. A Socioeconomic Assessment of Human Exposure to ozone in the South Coast Air Basin of California. *J Air Waste Manag Assoc.* 1996 Jun;46(6):547-557.
33. Finkelstein MM, Jerrett M, Sears MR. Environmental inequality and circulatory disease mortality gradients. *J Epidemiol Community Health* 2005 Jun;59(6):481-487.
34. United Nations General Assembly Keeping the promise: united to achieve the Millennium Development Goals. Follow-up to the outcome of the Millennium Summit. A/65/L.1.
35. United Nations. World urbanization prospects: the 2009 revision. UN Department of Economic and Social Affairs, Population Division, (Population Estimates and Projections Section, document. ESA/WP/215). New York: United Nations; 2010 [Acesso em 3 de dezembro de 2010]. Disponível em  
[http://esa.un.org/unpd/wup/Documents/WUP2009\\_Highlights\\_Final.pdf](http://esa.un.org/unpd/wup/Documents/WUP2009_Highlights_Final.pdf)



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



## **51º CONSELHO DIRETOR**

### **63ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL**

*Washington, D.C., EUA, 26 a 30 de setembro de 2011*

---

CD51/5 (Port.)  
Anexo A  
ORIGINAL: INGLÊS

### ***PROJETO DE RESOLUÇÃO***

#### **ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO PARA A SAÚDE URBANA**

##### ***O 51º CONSELHO DIRETOR,***

Tendo examinado a *Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Urbana* (Documento CD51/5);

Reconhecendo que há numerosos mandatos do Órgão Diretivo, remontando a 1992, que salientam a necessidade de abordar questões de saúde urbana e as iniquidades em saúde causadas pela urbanização na Região, além da oportunidade oferecida pela Agenda de Saúde para as Américas 2008–2017 e pelo Plano Estratégico da OPAS 2008–2012;

Reconhecendo que a megatendência de urbanização se acelerou rapidamente na Região e que os países não conseguiram reagir e ajustar os seus programas à ampla diversidade de desafios culturais, comunitários, familiares, migratórios e socioeconômicos gerados por esse processo de urbanização;

Tendo estudado a oportunidade brindada de abordar muitos dos problemas de saúde pública mais desafiadores que ora confrontam nossos países nas áreas das enfermidades não transmissíveis, lesões, doenças transmitidas por vetores e outras doenças transmissíveis, e o desafio de suprir as diversas necessidades da população dos meios urbanos;

Tendo em conta que a falta de consideração adequada e sistemática de critérios de saúde pública no crescimento, em grande parte não planejado, das cidades da Região resultou no aumento da morbidade e mortalidade e na ampliação do déficit de equidade nas cidades;

Compreendendo que, para obter êxito na promoção da saúde pública na Região, os ministérios da saúde terão que incluir informações nos seus sistemas de vigilância sanitária que diferenciem o gradiente de desigualdades na saúde e suas causas e implicações para as políticas, programas, e serviços de saúde nacionais e municipais;

Reconhecendo que alcançar a saúde urbana é um esforço multissetorial que envolve uma ação concertada para promover a atividade física; criar opções de transporte público seguras e eficazes; prevenir e reduzir lesões; e suprir as necessidades particulares de acesso e bem-estar dos grupos mais vulneráveis, como crianças, pessoas mais velhas e pessoas com necessidades especiais; e, ademais, reconhecendo que os países que adotam esse enfoque holístico são apenas estão melhorando a saúde de seus cidadãos, como também obtendo ganhos importantes em termos ambientais e de sustentabilidade;

Tendo em mente que a execução desta Estratégia e Plano de Ação significa reunir uma combinação única da gestão do sistema de saúde com os demais atores sociais nos meios urbanos para defender e ajustar toda a sorte de serviços de saúde urbanos que possam atender às necessidades especiais do gradiente social e a heterogeneidade das populações urbanas;

Tendo solicitado à época do 50º Conselho Diretor que a Repartição Sanitária Pan-Americana formulasse uma estratégia e plano de ação preliminares a serem apresentados ao 51º Conselho Diretor,

***RESOLVE:***

1. Respalda a Estratégia e aprova o Plano de Ação para Saúde Urbana, além de apoiar sua implementação no contexto das condições específicas de cada país para responder de maneira apropriada às necessidades e tendências atuais e futuras em matéria de saúde urbana na Região.
2. Instar os Estados Membros a:
  - a) adotar as diretrizes, as ferramentas e os métodos desenvolvidos pela RSPA e Centros de Excelência para apoiar seu papel de gestão intersetorial e a reorientação dos serviços de saúde;
  - b) apoiar políticas e programas nacionais, infranacionais e locais de promoção da saúde, passando pelo fortalecimento da participação social, com quadros normativos e mecanismos de financiamento apropriados;

- c) ajustar os sistemas de vigilância de modo a incluir determinantes e indicadores relacionados com a saúde urbana, populações indígenas, gênero e condições de migração, bem como a documentação dos processos e experiências relativos à saúde urbana;
  - d) estender o compromisso das autoridades municipais e metropolitanas com o planejamento e desenvolvimento urbano saudável, levando em consideração a saúde urbana e a equidade na saúde nas políticas e planos de saúde nacionais e infranacionais;
  - e) colaborar com as autoridades municipais e metropolitanas na formulação de políticas e sistemas de transporte que priorizem a segurança de pedestres, ciclistas e usuários do transporte público; assim como nas regulamentações urbanísticas e infraestrutura urbana que preveja o acesso equitativo e seguro à atividade física recreativa ao longo de toda a vida;
  - f) ajudar as autoridades municipais e metropolitanas no uso de ferramentas de avaliação e ação para abordar o planejamento e os programas urbanos saudáveis e equitativos de forma mais eficaz;
  - g) sensibilizar os principais interessados diretos e elaborar planos e programas de marketing social;
  - h) prestar contas a cada dois anos sobre o progresso obtido, com dados para uma avaliação intermediária em cinco anos e uma avaliação final em dez anos.
3. Solicitar à Diretora que:
- a) produza e divulgue critérios de saúde pública, diretrizes, políticas modelo, e quadros normativos para planejamento da saúde urbana, serviços de saúde urbana e métodos para obter a ação multissetorial, inclusive avaliações de impacto sanitário, avaliações de impacto de equidade na saúde e coleta e análise de dados transetoriais;
  - b) colete e divulgue novas informações sobre experiências, lições extraídas e boas práticas obtidas por meio de fóruns regionais, pesquisa, observatórios, documentação e o intercâmbio de experiências e processos promissores;
  - c) desenvolva ainda mais enfoques de promoção da saúde e determinantes da saúde na cooperação técnica em matéria de saúde urbana e na implementação da Estratégia de Cooperação de Países nos Estados Membros;

- d) promova capacitação para o planejamento e execução da saúde urbana, vigilância e sistemas de informação em toda a Região;
- e) apoie o envolvimento dos ministérios da saúde com as autoridades municipais e metropolitanas e outros setores pertinentes, de acordo com as questões detalhadas no relatório final da mesa-redonda no 50º Conselho Diretor, no relatório final dos Fóruns sobre Saúde Urbana e Promoção da Saúde e na Chamada à Ação Global em Urbanização e Saúde.



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
*Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da*  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

CD51/5 (Port.)  
Anexo B

**Relatório sobre as implicações financeiras e administrativas  
para a Secretaria dos projetos de resolução**

**1. Tema da agenda:** 4.2 Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Urbana

**2. Vínculo com o orçamento e programas 2012-2013:**

**(a) Área de trabalho:** Número de países que adotam a estrutura conceitual da OPAS/OMS para a saúde urbana (6.1.3).

**(b) Resultado previsto:**

RER 6.1: Apoio a Estados-Membros mediante cooperação técnica para fortalecer sua capacidade de promoção da saúde em todos os programas relevantes; e estabelecer colaborações multissetoriais e multidisciplinares eficazes para promover a saúde e evitar ou reduzir os principais fatores de risco.

**3. Implicações financeiras**

**(a) Custo total estimado de implementação da resolução durante a sua vigência 2012-2013 (arredondado para os US\$ 10.000 mais próximos, inclui pessoal e atividades):**

A estratégia tem implicações financeiras para a Organização que serão determinadas durante a elaboração do plano de ação.

Neste momento, calcula-se que a implementação do plano de ação neste período exigirá um total de US\$ 911.940, incluindo:

<i>Salários parciais</i>	<i>US\$</i>
Assessor sênior no WDC	70.400
Assessor em saúde urbana	40.500
Pontos focais nas Representações	300.000
Apoio ao acompanhamento	15.000

*Subcontrato para formulação de diretrizes*



Planejamento urbano	40.000
Vigilância	40.000
Avaliação de impacto de equidade na saúde	40.000
Serviços de saúde	40.000
Política modelo e quadros normativos	40.000
<i>Subcontrato para sistema de acompanhamento</i>	20.000
<i>Assessores temporários</i>	
Em Avaliação de Impactos Sanitários e execução de Avaliação de Impacto de Equidade na Saúde	68.000
Em acompanhamento de determinantes da saúde urbana	68.000
3º Fórum Regional sobre Saúde Urbana	75.000
Desenvolvimento de cursos virtuais	50.000
Publicações	45.000
<b>(b) Custo estimado para o biênio 2012–2013 (arredondado para os US\$ 10.000 mais próximos, inclui pessoal e atividades): US\$ 911.940</b>	
<b>(c) Do custo estimado em (b) o que pode ser incluído nas atividades já programadas?</b> O custo dos assessores e dos assessores dos países, US\$ 425.900 pode ser tomado como pressuposto.	
<b>4. Implicações administrativas</b>	
<b>(a) Indicar os níveis da Organização em que o trabalho será realizado:</b> Âmbito regional, infrarregional e nacional.	
<b>(b) Pessoal adicional necessário (indicar o pessoal adicional necessário no equivalente de tempo integral, indicando as habilidades necessárias):</b> Um profissional (Mestre em Saúde Pública) para prestar apoio técnico e coordenar e acompanhar a execução dos projetos específicos em cada país.	
<b>(c) Cronogramas (indicar o cronograma geral de implementação e avaliação):</b> 2012: Para o desenvolvimento das diretrizes e métodos, e recrutamento das primeiras cidades e países de demonstração a servirem de demonstração para a OPAS em saúde urbana. 2013–2021: Execução da estratégia e plano de ação. Relatório de andamento a ser fornecido aos Órgãos Diretivos em cinco anos e dez anos. Uma avaliação final será feita quando da conclusão do plano.	



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE  
*Repartição Sanitária Pan-Americana, Escritório Regional da*  
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

CD51/5 (Port.)  
Anexo C

**FORMULÁRIO ANALÍTICO PARA VINCULAR TEMAS DA AGENDA  
COM MANDATOS DE ORGANIZAÇÃO**

**1. Tema da agenda:** 4.2 Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Urbana

**2. Unidade responsável:** Equipe de Saúde Urbana e Determinantes de Saúde, Área de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental.

**3. Preparado por:** Marilyn Rice e Carlos Santos-Burgoa

**4. Lista dos centros colaboradores e instituições nacionais vinculados a este tema da agenda:**

- Cooperação bilateral: Centros para Controle e Prevenção de Doenças (CDC); União Europeia; Agência Alemã para a Cooperação Técnica (GTZ); Institutos Nacionais de Saúde (NIH); Agência de Saúde Pública do Canadá (PHAC); Agência de Desenvolvimento Internacional da Suécia (SIDA); Parceria Internacional para a Ação em Saúde do Reino Unido (HAPI); Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID).
- Comunicações e meios de comunicação de massa (TV e rádio).
- Instituições financeiras: Corporação Andina de Fomento; Banco de Desenvolvimento do Caribe; Banco Centro-Americano de Integração Econômica; Banco Interamericano de Desenvolvimento; Banco Mundial.
- Comissões e fundações globais e internacionais: Programa Internacional sobre Mudança Climática; Fundação Gates; Cruz Vermelha; Rockefeller Foundation; Fórum Econômico Mundial.
- Saúde e outros setores públicos: economia; educação; habitação e planejamento urbano; governos locais/municípios; transporte.
- Sistemas Interamericanos: Organização dos Estados Americanos (OEA): Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (CEPAL); Federação Latino-americana de Cidades, Municípios e Associações (FLACMA); Federação de Municípios do Istmo Centro-americano (FEMICA).
- Organizações Multilaterais: Organização para a Agricultura e Alimentação (FAO); Organização Internacional do Trabalho (OIT); Unidade de Segurança Humana do OCHA; Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE); Nações Unidas-HABITAT; Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF); Programa das

Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD); UNESCO; Programa Mundial de Alimentos (PMA); OMS – sede.

- Centros Colaboradores da OPAS/OMS: Centro para o Desenvolvimento e Avaliação de Política e Tecnologia para Saúde Pública (CEDETES); Centro de Estudos, Pesquisa e Documentação em Cidades Saudáveis (CEPEDOC); Centro para a Saúde Ambiental (CENSE-INSP); Centro para o Desenvolvimento de Cidades e Municípios Saudáveis; Centro para Investigação de Saúde e Violência (CISALVA); Centro para Dependência e Saúde Mental (CAMH); Dalhousie University; Centro para a Prevenção de Lesões da Emory University; Universidade Federal de São Paulo; Great Lakes Center; McGill University; Instituto Nacional do Câncer; Centro Nacional para a Saúde Ambiental (NCEH-CDC); Centro Nacional para Prevenção e Controle de Lesões; Instituto Nacional para as Psicoterapias (NIP); Academia de Medicina de Nova York; University of Kansas (Reino Unido); Universidade de Ottawa; Universidade de Porto Rico (UPR); Universidade do Texas (UT); Universidade de Toronto; Universidade de Washington.
- Organizações profissionais: Associação Americana de Saúde Pública (APHA), Agência Canadense para o Desenvolvimento Internacional (ACDI), Associação Canadense de Saúde Pública (CPHA), Sociedade Internacional de Saúde Urbana; União Internacional de Promoção da Saúde e Educação Sanitária (IUHPE).
- Setor privado e organizações da sociedade civil: ONGs e organizações sociais.
- Organismos regionais do governo: Comunidade e Mercado Comum do Caribe (CARICOM); Sistema de Integração para a América Central (SICA); União de Nações Sul-Americanas (UNASUL).
- Universidades, instituições educacionais e de pesquisa.

**5. Conexão entre o tema da agenda e a Agenda para Saúde das Américas 2008–2017:**

- Área de Ação B) Abordar os Determinantes Sociais de Saúde; tema 40, urbanização não planejada e quadro normativo para esse fim.
- Área de Ação C) Aumentar a Proteção Social e o Acesso a Serviços de Saúde de Qualidade; tema 49, atenção à saúde em áreas marginais periurbanas e inclusão das populações indígenas no sistema de saúde.
- Área de Ação D) Diminuir as Desigualdades de Saúde entre os Países e as Iniquidades entre Eles; temas 52, 54, sobretudo a prioridade às populações indígenas e outros grupos vulneráveis.
- Área de Ação E) Reduzir o Risco de Doenças e a Morbidade: temas 58, 59, 60, especialmente com relação a ambientes saudáveis.

**6. Conexão entre o tema da agenda e o Plano Estratégico 2008–2012:**

OE 3: Prevenir e reduzir a morbidade, incapacidade e morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, transtornos mentais, violência e lesões.

RER 3.1: Apoio a Estados-Membros mediante técnica para aumentar o compromisso político, financeiro e técnico a fim de combater as doenças crônicas não transmissíveis,

transtornos mentais e de comportamento, violência, segurança rodoviária e deficiências.

RER 3.2: Apoio a Estados-Membros mediante cooperação técnica para formulação e implementação de políticas, estratégias e regulamentações referentes a doenças crônicas não transmissíveis, transtornos mentais e de comportamento, violência, segurança rodoviária, deficiências e doenças bucais.

RER 3.3: Apoio a Estados-Membros mediante cooperação técnica para melhorar a capacidade de coleta, análise, difusão e uso de dados sobre a magnitude, causas e consequências das doenças crônicas não transmissíveis, transtornos mentais e de comportamento, violência, acidentes de trânsito e deficiências.

RER 3.4: Melhores evidências obtidas pela Repartição quanto à eficácia em função do custo das intervenções para combater as doenças crônicas não transmissíveis, transtornos mentais e de comportamento, violência, acidentes de trânsito, deficiências e saúde bucal.

OE 6: Promover a saúde e o desenvolvimento e prevenir ou reduzir os fatores de risco, como fumo, álcool, drogas e outras substâncias psicoativas, alimentação não saudável, sedentarismo e sexo sem proteção, que afetam as condições de saúde.

RER 6.1: Apoio a Estados-Membros mediante cooperação técnica para fortalecer sua capacidade de promoção da saúde em todos os programas relevantes; e estabelecer colaborações multissetoriais e multidisciplinares eficazes para promover a saúde e evitar ou reduzir os principais fatores de risco.

RER 6.2 : Apoio aos Estados-Membros mediante cooperação técnica para fortalecer os sistemas nacionais de vigilância dos principais fatores de risco através do desenvolvimento e validação de modelos, ferramentas e procedimentos operacionais e sua divulgação.

RER 6.5: Apoio aos Estados-Membros mediante cooperação técnica para elaborar políticas, estratégias, programas e diretrizes éticas e baseadas em evidências para prevenção e redução da alimentação não saudável, sedentarismo e problemas conexos.

OE 7: Abordar os determinantes socioeconômicos básicos da saúde por meio de políticas e programas que melhoram a equidade na saúde e integram enfoques baseados nos direitos humanos que favoreçam as populações pobres e sejam sensíveis ao gênero.

RER 7.1: Importância dos determinantes da saúde e políticas sociais reconhecida em toda a Organização e incorporada no trabalho normativo e cooperação técnica com os Estados-Membros e outros parceiros.

RER 7.2: A OPAS/OMS toma iniciativa de proporcionar oportunidades e meios para a colaboração intersetorial em nível nacional e internacional a fim de abordar os determinantes sociais e econômicos da saúde e promover a redução da pobreza e o desenvolvimento sustentável.

RER 7.3: Dados socioeconômicos pertinentes à saúde coletados e analisados de modo desagregado (por sexo, idade, grupo étnico, renda e problemas de saúde, como doença ou deficiência).

RER 7.6: Apoio aos Estados-Membros mediante cooperação técnica para elaborar políticas, planos e programas com um enfoque intercultural baseado na atenção primária à saúde e que visam estabelecer alianças estratégicas com interessados diretos e parceiros relevantes a fim de melhorar a saúde e o bem-estar dos povos indígenas e grupos raciais ou étnicos.

OE 8: Promover um ambiente mais saudável, intensificar a prevenção primária e influenciar políticas públicas em todos os setores a fim de abordar as causas fundamentais das ameaças ambientais à saúde.

RER 8.1: Difusão de avaliações, normas e diretrizes baseadas em evidências sobre riscos prioritários de saúde ambiental (por exemplo, qualidade do ar, substâncias químicas, campos eletromagnéticos, radônio, água potável, reutilização de águas residuais).

RER 8.2: Apoio aos Estados-Membros mediante cooperação técnica para a execução de intervenções de prevenção primária que reduzem os riscos ambientais à saúde, melhoram a segurança e promovem a saúde pública, inclusive em espaços específicos e entre grupos populacionais vulneráveis (por exemplo, crianças, idosos).

#### **7. Boas práticas nesta área e exemplos de outros países dentro da Região das Américas:**

- Sistema Municipal de Prevenção e Resposta a Desastres (*Sistema Municipal de Prevención y Atención de Desastres*, SIMPAD), do Gabinete do Prefeito de Medellín, Colômbia. Enfoca a redução das vulnerabilidades sociais, ambientais e físicas dos habitantes da cidade mediante uma estratégia que divide a responsabilidade entre o governo da cidade e a participação comunitária voltada para controlar os riscos.
- Secretário Distrital de Saúde de Bogotá, Colômbia, e sua experiência com a Promoção de Ambientes de Trabalho de Saúde no Setor Informal de Trabalho (Unidades de Trabalho Informal).
- Governo da Cidade Autônoma de Buenos Aires, Argentina, através do Plano para Mobilidade Sustentável do Ministério de Desenvolvimento Urbano.
- Ambiente Sustentável Transmilênio de Bogotá, Colômbia.

#### **8. Implicações financeiras do tema da agenda:**

A estratégia tem implicações financeiras para a Organização que sofrerá novos ajustes durante o seguimento da Estratégia e Plano de Ação. No momento, calcula-se que um total de US\$ 911.940 seriam necessários no biênio 2011–2012 para executar o plano de ação. Muitos desses recursos estão relacionados à alocação do tempo pelo pessoal já incluído na folha de pagamento da OPAS nas Repartições Regionais e Representações.