

Integração dos Documentos de Trabalho
para a Estratégia e Plano de Ação

sobre a **saúde** **urbana** nas **Américas**



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**



*Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde*

Dra. Mirta Roses Periago

Diretora

Organização Pan-Americana da Saúde

Dra. Socorro Gross-Galiano

Diretora Assistente

Organização Pan-Americana da Saúde

Dr. Luiz A. C. Galvão

Gerente

Área de Desenvolvimento Sustentável
e Saúde Ambiental (SDE)

Organização Pan-Americana da Saúde

Dr. Carlos Santos-Burgoa

Assessor de Saúde Urbana e Determinantes da Saúde

Área de Desenvolvimento Sustentável
e Saúde Ambiental (SDE)

Organização Pan-Americana da Saúde



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

Integração dos documentos de referência
para a Estratégia e Plano de Ação

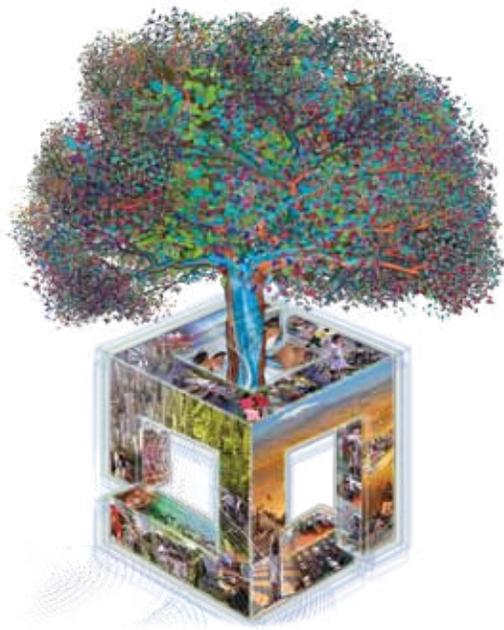
sobre a **saúde**
urbana
nas
Américas



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde





Índice

Introdução < página 5

51.º Conselho Diretor

Resolução CD51.R4 < página 9

Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Urbana < página 13

50.º Conselho Diretor

Mesa Redonda sobre Urbanismo e Vida Saudável < página 31

Add. I: Documento de Antecedentes para o Debate < página 37

Add. II: Informe Final < página 45





Dra. Mirta Roses Periago
Diretora
Organização Pan-Americana da Saúde

Introdução

Até 2030, três quintos da população mundial estarão residindo em zonas urbanas. O ambiente da cidade proporciona muitas oportunidades para moldar o crescimento econômico, aliviar a pobreza, estabilizar a população, criar sustentabilidade ambiental, reduzir as desigualdades e, em última análise, respaldar o exercício dos direitos humanos em todo o mundo¹. A infraestrutura urbana afeta o estado de saúde da população e pode facilitar o acesso a serviços públicos como o abastecimento de água potável, saneamento, eletricidade, transporte, educação, serviços de saúde, comunicações e espaços públicos para recreação e esportes.

Por outro lado, as evidências indicam desigualdades maiores do que nunca no futuro se persistirem as tendências atuais. A maioria dos residentes urbanos está se empobrecendo cada vez mais em relação aos países industrializados. Segundo as previsões, esta futura mudança do perfil urbano será caracterizada por um deslocamento mais intenso das populações em direção aos centros urbanos; as favelas albergarão uma proporção maior dos pobres do mundo; e as cidades se expandirão, com um notável impacto no ambiente e na saúde humana². Muitos fatores explicam por que a urbanização é o grande desafio para a saúde pública neste século. Mais de 70% da população da Região da América estão vivendo em áreas urbanas, e a maioria do crescimento populacional ocorrerá nas cidades. A urbanização não planejada é um grave motivo de preocupação para certas populações vulneráveis e está gerando uma crise humanitária. Por exemplo, 43% a 78% dos residentes urbanos estão vivendo em favelas sem serviços públicos básicos, como abastecimento d'água e saneamento, coleta de lixo, transporte, energia, assistência de saúde ou educação, e sem proteção contra a elevada incidência de doenças transmissíveis, de pobreza, violência e mortalidade. Contudo, há muitas possibilidades de reverter essas tendências, como demonstram numerosos governos municipais, organizações não governamentais e provedores privados que estão na Região implantando novas políticas e programas para alcançar modelos de urbanização melhores, que possam tornar-se modelos para o mundo. Se o setor da saúde for capaz de pensar e agir com a perspectiva do futuro, prever essas tendências e mobilizar-se junto a outros setores governamentais e privados, juntamente com a sociedade civil, essas previsões podem ser revertidas.

1 Fundo de População das Nações Unidas (FNUAP) (2007). State of the World Population 2007. Recuperado de: <http://www.unfpa.org/swp/2007/english/introduction.html>. Acessado a 14 de setembro de 2010.

2 Vlahov D, Galea S, Ompad DC. Urbanicity, urbanization, and the urban environment. In S. Galea (ED.), *Macrosocial determinants of population health* (pp. 53-69). New York, NY: Springer Science: 2007.

Tradicionalmente, o Conselho Diretor da OPAS inclui em sua agenda, todos os anos, uma mesa redonda sobre o tema do Dia Mundial da Saúde (DMS). O DMS é celebrado anualmente a 7 de abril e marca a fundação da Organização Mundial da Saúde (OMS), mas na Região da OPAS as atividades se realizam o ano inteiro. O tema do ano passado foi Urbanismo e Vida Saudável, de modo que os Ministros da Saúde e suas delegações abordaram esse tema durante suas deliberações no Conselho Diretor. Este folheto contém o documento base e o relatório final dessa mesa redonda.

Uma das recomendações que então surgiram foi que a OPAS desenvolvesse, pela primeira vez, uma pioneira Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Urbana destinados aos países das Américas. Como resultado, discutiu-se com os Estados Membros um documento que foi apresentado ao Conselho Diretor da Repartição Sanitária Pan-Americana em setembro de 2011. Este folheto também contém a Estratégia para a Saúde Urbana, o Plano de Ação e a resolução conforme aprovados pelos Ministros da Saúde das Américas. Consta deste Plano decenal indicadores comparativos que é preciso levantar no curso do ano seguinte, juntamente com recomendações da ação a ser empreendida pelos países das Américas e pela OPAS.

Agora os países terão a responsabilidade de, entre outras coisas, adotar as diretrizes, ferramentas e métodos para promover a participação social e reorientar serviços de saúde; ajustar os sistemas de vigilância para incluir fatores determinantes e indicadores relacionados com a saúde urbana, bem como para documentar os processos e experiências da saúde urbanas; impulsionar a promoção da saúde e projetos de desenvolvimento sustentáveis específicos que incentivem a participação social, a ação intersetorial e/ou o acesso à infraestrutura, saneamento, educação e serviços de saúde, bem como subsídios sociais; e informar a cada dois anos o progresso obtido.

O Secretariado da OPAS terá a responsabilidade de produzir e difundir critérios de saúde pública, diretrizes, políticas modelos e quadros normativos para planejamento urbano da saúde, serviços e métodos para alcançar ação multissetorial; coletar e difundir novos dados sobre as experiências urbanas de saúde, lições aprendidas e boas práticas; promover a capacitação para o planejamento, implementação, vigilância e sistemas de informação em saúde urbana; e ajudar os Ministérios da Saúde a empenharem as autoridades urbanas, metropolitanas e outras em questões importantes descritas nestes documentos.

Esperamos que este folheto seja uma ferramenta que o ajude a mobilizar todos os setores do governo, ONGs e sociedade civil, bem como o setor privado em âmbito nacional, regional e municipal, para que se possam evitar ou atenuar muitos dos problemas relacionados com a urbanização e a saúde. Para que isto aconteça, é imperioso tomar agora providências a fim de prevenir ou reverter os impactos negativos da urbanização na saúde e capitalizar o papel potencial de gestor do setor da saúde. O futuro está nas suas mãos. Vamos fazer com que seja saudável.

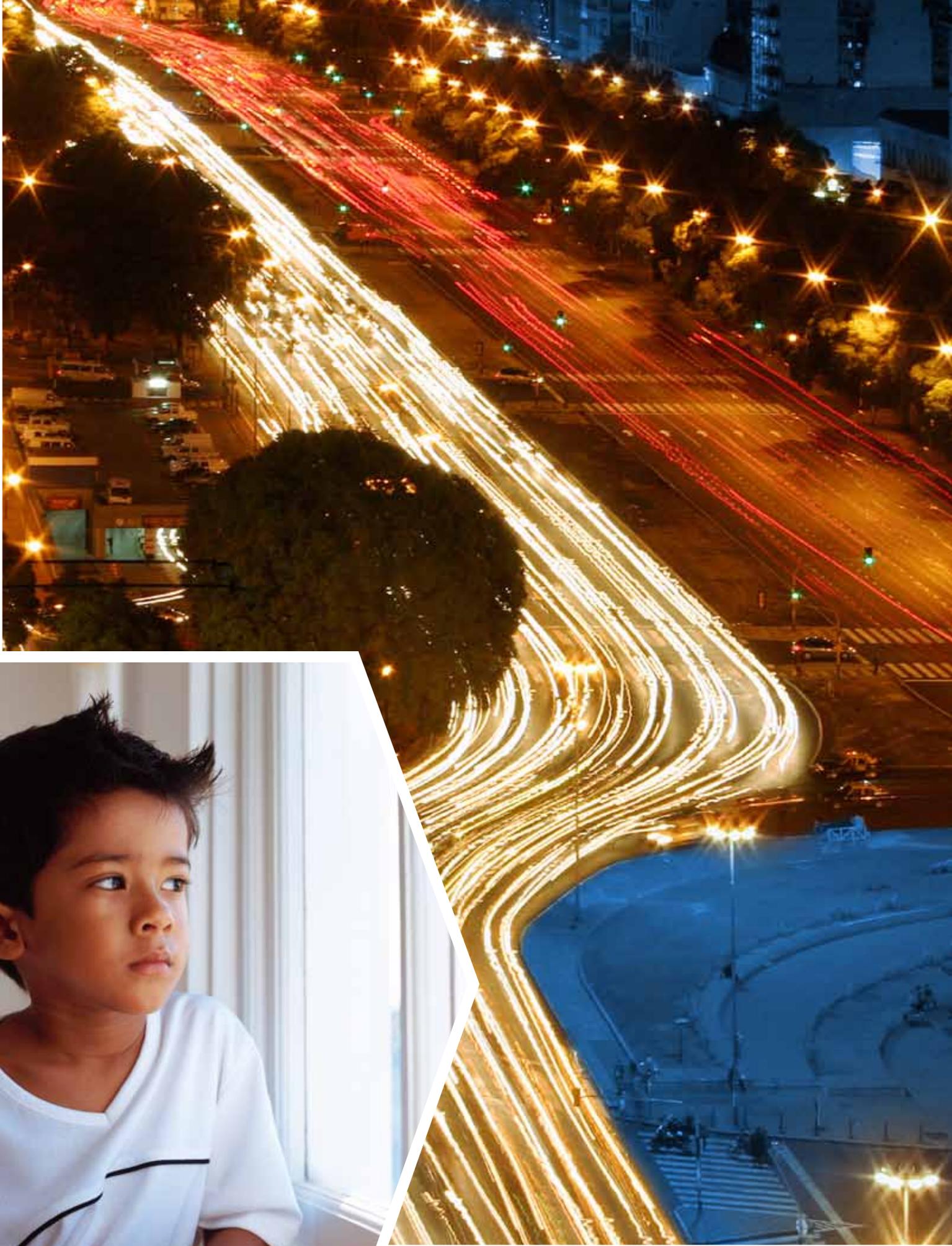
Conselho Diretor 51º da OPAS

26 á 30 setembro 2011

Resolução CD51.R4

Estratégia e Plano de Ação para a Saúde Urbana





51.º CONSELHO DIRETOR

63.ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 26 á 30 de setembro de 2011

CD51.R4 (Port.)
ORIGINAL: INGLÊS

RESOLUÇÃO

CD51.R4

ESTRATÉGIA E PLANO DE AÇÃO PARA A SAÚDE URBANA

O 51.º CONSELHO DIRETOR,

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

Reconhecendo que há numerosos mandatos dos Órgãos Diretores 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, conforme destacado na Declaração Política da Reunião de Alto Nível da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre Prevenção e Controle de Doenças Não Transmissíveis;

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, eficazes e acessíveis; prevenir e reduzir lesões; reduzir o uso prejudicial do álcool; e suprir as necessidades particulares de acesso e bem-estar dos grupos mais vulneráveis, como crianças, pessoas mais velhas e pessoas com necessidades especiais;

Reconhecendo também que os países que adotam esse enfoque holístico, em coordenação e sinergia com outros planos de ação, inclusive os das agências especializadas das Nações Unidas, não 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 da Estratégia e do Plano de Ação significa reunir uma combinação única da gestão do sistema de saúde e suas redes de serviços e 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 (RSPA) 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 os Centros de Excelência para apoiar seu papel de gestão intersetorial, a promoção da participação social 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 segundo as prioridades nacionais para incluir os determinantes e indicadores relacionados à saúde urbana, como gênero, idade, orientação sexual, situação socioeconômica, condições de migração, raça, etnia, populações indígenas e sem-teto e condições habitacionais;
 - (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;
- (i) promover projetos específicos de promoção da saúde e desenvolvimento sustentável em comunidades, com foco em populações vulneráveis, para encorajar a participação social e ação intersectorial.

3. Solicitar à Diretora que:

- (j) produza e divulgue critérios de saúde pública, diretrizes, políticas modelo, e quadros normativos para planejamento da saúde urbano, 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 transeitoriais;
- (k) 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;
- (l) 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;
- (m) promova capacitação para o planejamento e execução da saúde urbana, vigilância e sistemas de informação em toda a Região;
- (n) 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.

(Quinta reunião, 28 de setembro de 2011)



51.º CONSELHO DIRETOR

63.ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

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

Tema 4.2 da agenda

CD51/5 (Port.)
27 de setembro 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. En la resolución CD50.R16, Salud, seguridad humana y bienestar, en el entendido de que la seguridad humana se ve afectada por la inequidad, factores ambientales y las amenazas a los grupos en situación de vulnerabilidad.
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 situação¹

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 pessoas) 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

¹ 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).

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 4 anos 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.
- (a) *Capacitação e Formulação de Políticas*: projetar políticas e intervenções, fornecer insumos às decisões com base científica e melhorar as capacidades humanas e financeiras.
- (b) *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 URBANA²

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.
 - ◆ 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.

2 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.

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: 6.³ Meta: 18.⁴)

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, estratégia, e plano explícitos de saúde urbana que abordem os determinantes sociais e abranja o desenvolvimento e manutenção de meios saudáveis e segurança humana, como lugares seguros para recreação e atividade física-
- 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.*

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.

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

4 Metas decenais são desenvolvidas com base nas informações disponíveis.

- 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 o ambiente necessário para a 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 Em sinergia com os esforços do Centro para Desenvolvimento da Saúde da OMS, 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, 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 multisetoriais 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 começarem 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) 3,⁵ 6,⁶ 7,⁷ e 8⁸ do Plano Estratégico da OPAS.⁹ 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.

Ação pelo Conselho Diretor

1. 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.

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

⁶ 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.

⁷ 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.

⁸ 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.

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

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.
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
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. Genebra, 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.
6. World Health Organization. Primary health care, including health system strengthening [Internet]. 62nd World Health Assembly of WHO; 2009 May 18-27; Geneva, Switzerland. Genebra, 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.
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. Genebra, 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.
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.
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.
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.
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.
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



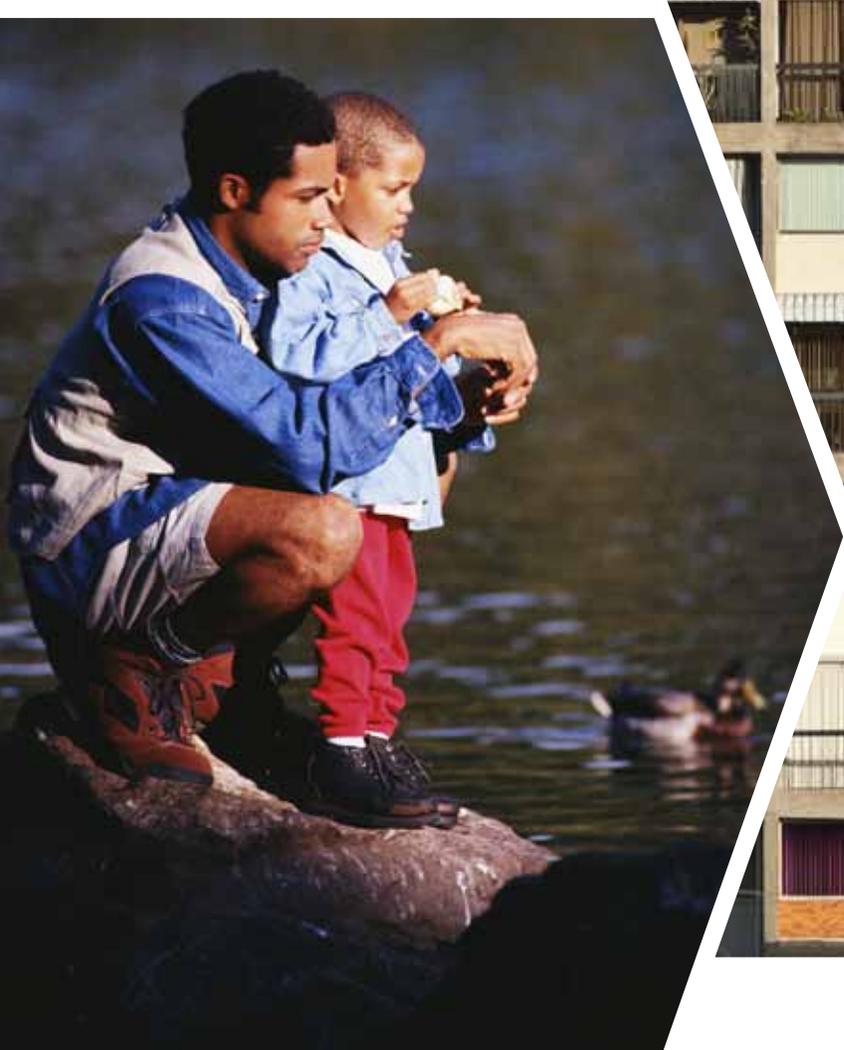
Conselho Diretor 50.º da OPAS

27 de setembro a 1 de outubro de 2010

Mesa Redonda sobre Urbanismo e Vida Saudável

**Add. I: Documento de antecedentes
para o debate**

Add. II: Informe Final



50.º CONSELHO DIRETOR

62.ª SESSÃO DO COMITÊ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 27 de setembro a 1º de outubro de 2010

Tema 4.15 da agenda provisória

CD50/19 (Port.)
26 de agosto de 2010
ORIGINAL: ESPANHOL

MESA REDONDA

SOBRE URBANISMO E VIDA SAUDÁVEL

Antecedentes

1. O Dia Mundial da Saúde é celebrado anualmente no dia 7 de abril, dia que marca o aniversário da fundação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Há alguns anos, uma mesa redonda sobre o tema do Dia Mundial da Saúde do ano em questão é incluída na agenda do Conselho Diretor da OPAS. É uma oportunidade para destacar em todo o mundo um tema de grande importância para a saúde global. “Urbanismo e Vida Saudável” é o tema do Dia Mundial da Saúde deste ano, e será o tema da mesa redonda do 50º Conselho Diretor da OPAS.
2. A melhoria da saúde urbana é um mandato que teve origem na Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, também conhecida como Rio 92, realizada no Rio de Janeiro em 1992. O destaque para a busca de uma solução para o problema da saúde urbana pode ser encontrado no capítulo 6 da Agenda 21, “Proteção e promoção de saúde humana” (1). Em 2005, o relatório do Secretário-Geral das Nações Unidas “A ampliação da liberdade: rumo ao desenvolvimento, segurança e direitos humanos para todos” (2) salienta a necessidade de liberdade de viver sem miséria diante do desafio de desenvolvimento urbano: criação de empregos, melhoramento de favelas e busca de alternativas para prevenir o surgimento dessas favelas.

Situação nas Américas

3. Até 2030, três- quintos da população mundial residirá em áreas urbanas. Evidências sugerem que haverá até maior desigualdade na saúde no futuro. A maioria dos residentes urbanos viverá em cidades na Ásia, África e América Latina. Tais cidades estão se tornando cada vez mais empobrecidas em relação aos países industrializados. Prevê-se que esta futura mudança nas cidades será caracterizada por maior movimento das populações em direção aos centros urbanos; as favelas abrigarão uma maior proporção dos pobres do mundo; e essas cidades ampliadas provocarão um notável impacto sobre o meio ambiente e a saúde humana (3).

4. Desde a década de oitenta, foram realizados vários estudos sobre a saúde urbana ou cidades saudáveis (4-10). Esses estudos avaliaram os seguintes aspectos: saúde nas cidades do mundo, fatores ambientais, migração e saúde de imigrantes nas cidades, sistemas e serviços de saúde urbana, equidade, governança local, política e planejamento urbano, inovações sociais, atenção aos pobres e famintos, e violência urbana. A Região das Américas tem a maior disparidade econômica do mundo. Também há disparidades nas condições sociais, políticas, climáticas e étnicas, principalmente no meio urbano.
5. Os problemas urbanos de saúde não podem ser resolvidos pelo setor da saúde pública por si só; são uma consequência da interação de muitos outros fatores, como o transporte e a moradia. O setor da saúde pode e deve liderar o diálogo para a formulação de políticas públicas que contribuam para a saúde das populações. A questão urbana requer que se vá além daquilo que um indivíduo ou uma família pode conseguir. Tais esforços urbanos também exigem que a cidade seja considerada como um complexo de determinantes sociais e ambientais da saúde. Está claro que não basta trabalhar isoladamente com um setor, uma população ou uma instituição.

Esforços de Colaboração da OPAS/OMS

6. Desde 2003, a OPAS promove uma série de atividades para estabelecer uma estratégia comum que responda aos problemas urbanos de saúde. Perfis de algumas cidades da Região foram preparados e apresentados na Primeira Reunião Regional de Saúde Urbana em Santiago, Chile, em 2004. Nessa reunião, foi apresentado o primeiro documento conceitual, com o título “A Cidade de Cidadãos” (11).¹
7. Em colaboração com os seus parceiros, a OPAS apresentou um documento básico sobre a saúde urbana na primeira reunião do Fórum de Saúde Urbana no México, em 2007 (12).
8. No que diz respeito à saúde urbana, há anos a OPAS tem trabalhado na promoção da saúde, principalmente através de iniciativas saudáveis como Municípios Saudáveis e Escolas Promotoras de Saúde, entre outras.
9. A OPAS comemorou o Dia Mundial da Saúde 2010, incluindo a Campanha da OMS *1.000 Cidades, 1.000 Vidas* da OMS², participou da elaboração do Relatório Mundial sobre urbanização e saúde da Organização Mundial da Saúde e Habitat; da Assembleia Mundial da Juventude Urbana organizada em conjunto com a ONU-Habitat no Brasil durante o 5º Fórum Urbano Mundial; e da Exposição Mundial de Shanghai 2010, na China. Além disso, este ano a OPAS participará do Fórum Mundial sobre Urbanização e Saúde em Kobe, Japão, preparará um relatório de diagnóstico regional da saúde urbana, que ficará pronto a tempo para a segunda reunião do Fórum Regional da Saúde Urbana e o Terceiro Fórum Regional da Promoção da Saúde a ser realizado em outubro.

Participantes

10. Delegados dos Estados Membros que participam do Conselho Diretor serão acompanhados pelos representantes da comunidade acadêmica, de outras instituições das Nações Unidas e organizações da sociedade civil.

¹ Documento produzido para a consulta sobre saúde urbana da Organização Pan-Americana da Saúde, Chile, maio de 2004.

² *1.000 Cidades, 1.000 Vidas* é uma iniciativa global coordenada pelo Centro da OMS em Kobe, Japão, com o intuito de incentivar cidades de porte variado, bairros e pessoas a realizar atividades de promoção da saúde no Dia Mundial da Saúde ou em data próxima. Para obter mais informações, visite o site: www.paho.org/whd2010.

Formato do programa

11. A mesa redonda terá duas horas de duração, com a seguinte organização:

- ◆ Sessão de abertura
- ◆ Grupos de discussão
- ◆ Apresentação do Relatório em sessão plenária

Sessão de abertura (30 minutos)

- ◆ Abertura da Mesa Redonda pelo Presidente do Conselho Diretor
- ◆ Apresentação sobre saúde urbana no mundo, pelo Dr. Jacob Kumaresan, Diretor do Centro da OMS em Kobe.
- ◆ Discurso de abertura sobre o tema de Melhoria da Saúde nas Cidades, por um convidado especial.
- ◆ Explicação sobre a metodologia de trabalho dos grupos de discussão, pelo Dr. Luiz A. Galvão, Gerente da Área de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental da OPAS.

Grupos de discussão (60 minutos)

12. Após a sessão de abertura, grupos³ de discussão representativos de cada uma das sub-regiões e levando em consideração preferências de idioma se reunirão para discutir os elementos pertinentes ao tema.

13. Todos os grupos debaterão as mesmas perguntas:

1. *Como desenvolver iniciativas intersetoriais relevantes para modificar os determinantes da saúde nos meios urbanos?*

Considerar na discussão:

- ◆ Como estabelecer um objetivo comum.
- ◆ Os instrumentos necessários para o exercício da gestão no setor da saúde no meio urbano.
- ◆ Quais capacidades estão disponíveis e quais precisariam ser desenvolvidas para isso.

2. *Qual seria o papel do Ministério da Saúde no planejamento de previsão de um futuro saudável para as cidades?*

3. *Como os serviços de saúde e de outros setores relevantes devem atuar na gestão das cidades para prevenir e controlar os riscos da mudança do clima para a saúde?*

³ Cada grupo incluirá um moderador, um orador motivacional e um relator.

Considerar na discussão:

- ◆ Ações nos próprios serviços de atendimento médico.
- ◆ Integração de informações que sirvam para identificar o impacto na saúde de outras políticas relacionadas com o desenvolvimento urbano.
- ◆ O desenvolvimento de competências, capacidades e métodos.
- ◆ Os instrumentos para gerar sinergias em outros setores relevantes para o desenvolvimento urbano.

4. O que é necessário fazer para apoiar e dar seguimento a este tema por parte da Repartição Sanitária Pan-Americana e dos Estados Membros?

GRUPOS DE DISCUSSÃO

Grupo de discussão N° 1	
Moderador:	Presidente do Conselho Diretor (a ser decidido)
Relatora:	Marilyn Rice, Assessora da OPAS
Apresentação do tema de debate:	Ministério da Saúde (a ser confirmado)
Países:	Antígua e Barbuda, Bahamas, Barbados, Belize, Canadá, Dominica, Estados Unidos da América, França, Granada, Guiana, Haiti, Jamaica, Países Baixos, Porto Rico, Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte, São Cristóvão e Nevis, Santa Lucia, São Vicente e Granadinas, Suriname, e Trinidad e Tabago
Grupo de discussão N° 2	
Moderador:	Vice-Presidente do Conselho Diretor (a ser decidido)
Relator:	Carlos Santos-Burgoa, Assessor da OPAS
Apresentação do tema de debate:	Ministério da Saúde (a confirmar)
Países:	Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Colômbia, Equador, Paraguai, Peru, Portugal, Uruguai e Venezuela
Grupo de discussão N° 3	
Moderador:	Vice-Presidente do Conselho Diretor (a ser decidido)
Relator:	Carlos Corvalan, Assessor da OPAS
Apresentação do tema de debate:	Ministério da Saúde (a confirmar)
Países:	Costa Rica, Cuba, El Salvador, Espanha, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá e República Dominicana

Apresentação do Relatório em Sessão Plenária (30 minutos)

14. As conclusões das discussões em grupo serão apresentadas em uma sessão plenária posterior do Conselho Diretor.

Resultado esperado

15. O documento com as discussões e conclusões proporcionará subsídios adicionais e servirá de base para a OPAS desenvolver um plano de ação regional para a saúde urbana com objetivos, resultados e indicadores claros para o monitoramento da implementação de programas.
16. Relatório dos avanços por parte dos países da Região na abordagem da saúde no contexto da Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre a Mudança do Clima.

Intervenção do Conselho Diretor

17. O Conselho Diretor é convidado a participar da mesa redonda e tomar nota do relatório e suas recomendações, inclusive a dar a conhecer seus resultados em outros fóruns.

Referências

1. United Nations Environment Programme. Agenda 21: Chapter 6 - Protection and Promotion of Human Health. United Nations Conference on Environment & Development; 1992 2-14 June; Rio de Janeiro. Geneva: UN; 1992 [consulted 15 April 2010]. Available at: <http://www.unep.org/Documents.Multilingual/Default.asp?documentID=52>
2. United Nations General Assembly. Report of the Secretary General of the United Nations. In larger freedom: towards development, security and human rights for all. Geneva: UN; 2005 [consulted 15 April 2010]. Available at: <http://www.un.org/largerfreedom/>
3. Vlahov D, Galea S, Ompad DC. Urbanicity, urbanization, and the urban environment. In S. Galea (Ed.), *Macrosocial determinants of population health* (pp. 53-69). New York, NY: Springer Science: 2007.
4. Ashton J. The healthy cities project: A challenge for health education. *Health Education Quarterly* 1991; 18(1): 39-48.
5. Duhl LJ. The healthy city: Its function and its future. *Health Promotion* 1986; 1(1): 55-60.
6. Harpham T, Tanner M (Eds.). *Urban health in developing countries: Progress and prospects*. London, UK: Earthscan Publications Ltd.: 1995.
7. McMichael AJ. The urban environment and health in a world of increasing globalization: Issues for developing countries. *Bulletin of the World Health Organization* 2000; 78(9): 1117-26.
8. Galea S, Freudenberg N, Vlahov D. Cities and population health. *Soc Sci Med* 2005; 60(5): 1017-33.
9. Freudenberg N, Galea S, Vlahov D (Eds.). *Cities and the health of the public*. Nashville, TN: Vanderbilt University Press: 2006.
10. Glouberman S, Gemar M, Campsie P. A framework for improving health in cities: A discussion paper. *J Urban Health* 2006; 83(2): 325-38.
11. Fleury S. La ciudad de los ciudadanos: Un marco para análisis de la salud urbana. Internal document of the Pan American Health Organization. Washington (DC): PAHO; 2004.
12. Pan American Health Organization. First meeting of the Pan American Regional Health Forum on Urban Health: Toward a conceptual framework on urban health and agenda for action in the Americas; 2007 27-29 November; Mexico City. Washington (DC): PAHO; 2008 [cited 15 April 2010]. Available at: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsacd/cd68/foroeng.pdf>

50.º CONSELHO DIRETOR **62.ª SESIÓN DO COMITÉ REGIONAL**

Washington, D.C., EUA, 27 de setembro a 1º de outubro de 2010

Tema 4.15 da agenda provisória

CD50/19, Add. I (Port.)
15 de setembro de 2010
ORIGINAL: ESPANHOL

MESA REDONDA SOBRE URBANISMO E VIDA SAUDÁVEL (Documento de antecedentes para o debate)

Urbanismo: um desafio para a saúde pública

1. A megatendência de integração e crescimento demográfico das cidades responde em parte à dinâmica cultural, econômica e política concentrada nesses espaços. O resultado dessa tendência é que, desde 1975, a população das megacidades (cidades com mais de 10 milhões de habitantes) triplicou. De modo geral, isso também vem ocorrendo nas cidades com mais de um milhão de habitantes (1). O mundo vem se urbanizando a um ritmo sem precedentes: em 1900, 13% da população mundial (220 milhões) residia em cidades; em 1950, a população urbana chegava a 29,1% (732 milhões); em 2005, 49% da população vivia em zonas urbanas, isto é, 3,171 milhões de pessoas (2). Essa tendência é muito marcada nas Américas, região que apresenta o maior grau de urbanização e de aglomeração das cidades em todo o mundo; isso se traduz no crescimento do número de cidades pequenas, médias e grandes, bem como na aglomeração em zonas metropolitanas e megalópoles. Na América Latina e Caribe, vem ocorrendo uma transição prematura e acelerada em comparação com outras regiões de desenvolvimento semelhante, com a população urbana passando de 42% da população total em 1959 para 77% em 2005 (1).
2. A proporção de cidades com mais de 20.000 habitantes é maior na América Latina que na Europa. Em 2010, 79,4% da população da Região das Américas vive em zonas urbanas e se prevê que a maior parte do crescimento demográfico futuro ocorra nas cidades (2). Na Região das Américas, seis das maiores zonas urbanas são megacidades e se encontram distribuídas da seguinte forma: duas no Brasil (São Paulo e Rio de Janeiro), duas nos Estados Unidos da América (Nova York e Los Angeles), uma na Argentina (Buenos Aires) e uma no México (Cidade do México). Outras cidades importantes são Bogotá (Colômbia) e Lima (Peru), com mais de oito milhões de habitantes em cada uma, seguidas de Santiago (Chile) e Belo Horizonte (Brasil), com cerca de seis milhões de habitantes em cada (2). Embora essas grandes urbes continuem crescendo, as cidades de tamanho médio da Região (em geral, com população de dois a cinco milhões) atualmente registram as maiores taxas de crescimento demográfico.

3. O nível socioeconômico e político das cidades de tamanho médio da Região é menor que o dos grandes centros metropolitanos. Um estudo da Comissão Econômica para América Latina e o Caribe (CEPAL) sobre a pobreza e as condições de vida precárias nas cidades da Região revela que, desde 1995, a maior parcela de famílias pobres se encontra nas cidades de tamanho médio (3). Em 2001, 127 milhões de pessoas, ou 33% da população da Região, viviam em bairros pobres, representando 35% da população da América do Sul e 24% da população da América Central e Caribe (4).
4. As cidades atraem por seu potencial de reunir oportunidades de melhorar a qualidade de vida e aumentar o bem-estar (2). Nas cidades é possível obter economias de escala na prestação de serviços de educação, conhecimento, saúde, alimentação. Ademais, o crescimento industrial proporciona oportunidades de emprego remunerado. A concentração tanto de tecnologia e insumos, como de profissionais para oferecer serviços de saúde na Região é bastante desigual se compararmos os meios urbano e rural. Por exemplo, existem de oito a dez vezes mais médicos nas cidades do que no campo (5): na Argentina, essa proporção é de 10:1; no Paraguai, 16:1; na Nicarágua, 27:1; no Peru, 5.3:1; e na Colômbia, 2.4:1 (6). No Canadá, em 2004, apenas 9,4% dos médicos trabalhava na zona rural, onde reside 21,1% da população. Em 2005, um levantamento realizado por um Departamento de Saúde revelou uma concentração equivalente a 80% de todos os médicos e 87% dos especialistas em saúde nas cidades onde reside apenas 59% da população (7). Nos Estados Unidos de América, de modo geral, a relação entre médicos de atenção primária na zona urbana e na zona rural era de 1.5:1 em 2005, ao passo que, o estado de Chiapas (México), com 54% da população na zona rural, contava com 0,79 médico por 1000 habitantes e a Cidade do México, com 99,5% da população na zona urbana, tinha 3,03 médicos para cada 1000 habitantes, ou seja, uma proporção de 3.8:1 (9). Um relatório de 2002 em Uruguai complementa esse panorama (10). O Brasil conta com seis médicos para cada 10.000 habitantes na região Norte, oito para cada 10.000 no Nordeste e 21 para cada 10.000 no Sudeste. Na Guatemala, a proporção rural/urbana é de 4:1. Na Argentina, a relação entre a cidade de Buenos Aires e a Terra do Fogo é de 10.13:1. Assim, a população alcança melhores níveis de renda nas cidades; em 2007, o nível da pobreza da população rural na América Latina era 53% superior ao da população urbana (2). A maioria das pessoas nas grandes cidades tem acesso aos serviços básicos; as pessoas vivem mais, pois a expectativa de vida média agora é de 75 anos. A maioria pode permitir-se consumir bens duráveis, como televisores e aparelhos de som, e cada vez mais cidades constroem parques e áreas de lazer (2).
5. Na região da América Latina e Caribe (ALC) o processo acelerado e inesperado de crescimento supera a capacidade para prestar esses serviços, ao mesmo tempo em que, nas cidades, a complexidade e a turbulência de um mundo interdependente e desigual são exacerbadas. Embora também haja maior disponibilidade de serviços, nas cidades se registrada maior volatilidade e insegurança no emprego e intensificam-se as desigualdades intraurbanas no acesso aos serviços de infraestrutura (2) habitação e economia. A urbanização inesperada é motivo de grave preocupação para certas populações vulneráveis e está criando rapidamente uma crise humanitária. Assim, neste ano, 30,8% dos habitantes das zonas urbanas da América Latina e Caribe vivem em bairros pobres que não dispõem dos serviços públicos básicos (2). Nesses bairros, não há serviços de água e esgoto, coleta de lixo, transporte, energia, atendimento médico, educação nem proteção contra a pobreza, violência, lesões, nem contra as altas taxas de morbidade e mortalidade.
6. O contexto do “urbano”, que cria tantos desafios, reflete também a permeabilidade das sociedades, a complexidade das agendas políticas e a proliferação de redes e coalizões que exercem seu poder e influência (11). A urbanização não apenas diferencia as populações em termos da dicotomia tradicional do rural e do “urbano”, mas também intensifica a heterogeneidade das condições que determinam as

condições de saúde das pessoas, tanto na sua distribuição e desigualdade como na sua dinâmica. Essas diferenças nem sempre são identificadas nos dados que os ministérios da saúde compilam e processam (12), uma vez que a população toda é tratada como um conjunto homogêneo. Como não se percebem as informações e as diferenças populacionais, a resposta do sistema de saúde não é diferenciada o suficiente com respeito à situação urbana e seus gradientes sociais, nem permite gerar os argumentos para a interação com as partes diretamente interessadas.

7. As construções, os transportes, o fornecimento de energia, as indústrias, a demanda pelo transporte dos alimentos e o tratamento dos resíduos das cidades deixam uma marca indelével no clima. (13). Da mesma maneira, as cidades das Américas estão expostas às consequências para a saúde decorrentes de furacões, vetores que transmitem doenças, temperaturas extremas, etc. Calcula-se que os desastres naturais relacionados com a mudança climática custam aos países afetados cerca de 0,6% do PIB (14). Em alguns países como o Brasil, documentou-se que os estabelecimentos de saúde consomem aproximadamente 10% do total da energia produzida no país (15). Portanto, o Relatório da OPAS “A proteção da saúde contra os efeitos da mudança climática na Região das Américas” (15) abarca os elementos de um plano regional cujas ações servem de marco para os planos nacionais (16). Entre elas recomendam-se explicitamente as ações destinadas à proteção da saúde urbana. Para enfrentar os complexos desafios atuais e futuros impostos à saúde humana e ambiental pelos contextos urbanos, urge mudar a nossa maneira de pensar e agir quanto ao papel da sociedade no que diz respeito ao “urbano” e, além disso, compreender melhor as forças e as relações que darão forma às cidades no longo prazo.

O ônus do “urbano” para a saúde

8. Nas cidades, a população não é distribuída uniformemente, o que é ainda mais grave no contexto latino-americano (2). Observam-se diferenças entre as áreas habitadas por ricos e pobres, com residências formais e informais, muitas destas construídas pelos próprios moradores. Assim, o nível de acesso destas moradias aos serviços urbanos é diferente. O resultado é que a água potável ainda é escassa em três de cada quatro domicílios em alguns países da América Latina, e a rede de esgoto é deficiente em 50% dos lares (2). O aumento dos assentamentos irregulares na Região vem tendo como consequência o fato de que quase 50% da população da Região vive nessas condições (18). A estrutura e a extensão desses assentamentos dificultam as relações sociais, familiares, comunitárias e de gênero, o que se soma à atração migratória para modificar consideravelmente o apoio social disponível.
9. A distribuição dos determinantes imediatos da saúde varia muito entre as populações urbanas, o que inclui, entre outros, o acesso aos serviços de saúde e à alimentação adequada em termos de qualidade e preço; a possibilidade de espaço para praticar atividades físicas (20); o consumo de álcool, fumo e drogas ilícitas e a exposição a substâncias químicas tóxicas (19). As condições de transporte e produção urbanas provocam alterações na qualidade do ar, da água e do solo (19). Embora não disponhamos de informações desagregadas sobre a Região, a falta de segurança no trânsito é evidentemente maior nas cidades e pior naquelas com menor organização.
10. Dessa maneira, o “urbano” impõe um ônus específico aos serviços de saúde, uma vez que é preciso assegurar a igualdade ao enfrentar as doenças crônicas não transmissíveis, como o câncer, diabetes, problemas respiratórios e cardiovasculares, doenças mentais e as que resultam de ambientes favoráveis às doenças transmissíveis, como as doenças sexualmente transmissíveis, o HIV/AIDS, a dengue, a febre amarela e a tuberculose, entre outras. A tendência à obesidade na ALC é maior nas zonas urbanas e menos desprovidas (21). O “urbano” é também um fator determinante para as lesões causadas por acidentes de

trânsito, que na Região respondem por nada mais nada menos que 3,2% dos AVAD (anos de vida ajustados pela incapacidade) e pela violência. A taxa de homicídios da Região, de 27,5/100.000, é a mais alta do mundo (12). Sua determinação social foi estudada, e constataram-se taxas de mortalidade entre 23 e 62 por 100.000 habitantes em lugares de pobreza média e alta com alta densidade populacional, número muito mais alto do que onde há pouca pobreza e níveis altos de urbanização, cujas taxas situam-se no intervalo de 3,0 a 7,7 por 100.000 habitantes (22). As lesões e a violência contribuem para a percepção de insegurança, com repercussão na forma de transtornos mentais (ansiedade e depressão) nas pessoas e famílias residentes nos bairros pobres das cidades (11).

O custo do “urbano” para a saúde

11. As condições da vida urbana têm custos sociais, financeiros e políticos para os sistemas de saúde e para as próprias famílias. Ao abordar as condições da vida urbana, é necessário levar em consideração que se trata de um problema em grande escala, em virtude do número de pessoas afetadas e da vulnerabilidade das cidades. A título de exemplo, cabe mencionar os impactos da contaminação atmosférica que custam anualmente a São Paulo cerca de 28.212 anos de vida saudável (23); a concentração de pessoas na Cidade do México acelerou o contágio e a propagação da gripe A (H1N1), que custou ao país quase 0,5% do PIB (24); as inundações, como a ocorrida em Nova Orleans, nos Estados Unidos; e os terremotos, como os de Porto Príncipe, no Haiti, e o do Chile. A principal responsabilidade social e política de reagir para proteger as pessoas nessas situações críticas recai sobre as autoridades e os serviços de saúde, que devem estar à frente de toda resposta social e intersetorial relevante.

A importância de influir no futuro das cidades desde o setor da saúde

12. O ambiente construído pelo homem define a situação da saúde. Na ALC, há uma combinação de cidades, algumas muito bem estabelecidas e outras onde está ocorrendo um processo de regularização dos assentamentos irregulares. Esse processo implica decisões políticas sobre a construção de novas moradias, saneamento básico, planejamento de opções de transporte, energia, tratamento de resíduos e industrialização. Uma vez que a infraestrutura tenha sido construída, custa caro modificá-la; essa infraestrutura define em grande medida o caráter e a cultura da sociedade, suas relações, o impacto sobre a qualidade ambiental e os resultados em termos de saúde da população.
13. Em razão do estágio de desenvolvimento em que se encontram as cidades da Região, é grande a grande oportunidade para gerar um plano mais favorável para a saúde da população. Portanto, insistir agora na definição do futuro da cidade é um investimento cujos resultados se veem no curto e médio prazo e que influi no nível de bem-estar, qualidade de vida, capacidade funcional e saúde da população. A capacidade de planejamento urbano continua sendo limitada em toda a Região. Em toda a América Latina, há apenas 27 escolas universitárias com programas de planejamento urbano, em comparação com 88 somente nos Estados Unidos. Os ministérios da saúde devem desempenhar uma função primordial nas atividades de planejamento urbano (20) vinculando-as aos critérios de saúde pública de forma a ir além da tradicional distribuição geográfica dos serviços de saúde. Esse vínculo deve estar estruturado desde os fundamentos jurídicos até a sua execução. Nesse contexto, devem ser consideradas as orientações lançadas recentemente pela OMS (25), que abrangem esquemas formativos, incentivos financeiros, mecanismos regulatórios e outros incentivos não financeiros para impulsionar a prática da medicina na zona rural, além dos modelos para estabelecer um vínculo funcional entre a zona rural e os serviços médicos das áreas urbanas, conforme tem-se procurado fazer por meio das próprias rede de atendimento de saúde sob a orientação direta dos ministérios da saúde, vinculando de maneira virtual os serviços especializados (26) ou adotando métodos

de planejamento de redes a médio e longo prazo com o propósito de levar os serviços para mais perto da população (27).

A resposta dentro do próprio setor da saúde

14. Dentro do setor da saúde propriamente dito, é necessário contar com modelos adequados para os serviços de saúde que respondam aos recursos e aos desafios impostos pela complexidade urbana. É necessário dispor de serviços que se aproximem da população quando isso for oportuno, que possam deslocar-se facilmente, em especial termos dos cuidados primários, com profissionais devidamente capacitados para trabalhar no meio urbano e valendo-se de tecnologias que contribuam para reduzir as desigualdades. Isso é de especial importância no caso dos programas que visam mitigar a pobreza (28), dos programas de saúde para a indústria e dos serviços de saúde em escolas e universidades. Os modelos devem ir ao encontro das capacidades sociais e institucionais, bem como das necessidades da população urbana para manter a saúde. As atividades de promoção e regulamentação dos fatores ambientais também precisam estar alinhadas com as condições urbanas e levar em consideração as marcas deixadas no meio ambiente.

Resposta de outros setores motivada pela saúde

15. Os ministérios da saúde precisam pôr em prática sua capacidade de incidir nos determinantes da saúde que são administrados por outros setores e reduzir, na origem, o maior número de doenças. Para tanto, devem exercer sua função condutora, passando, inclusive, (29) a gerar informações e exercer vigilância em matéria de saúde urbana, produzindo indicadores socioeconômicos que indiquem as diferenças dentro das cidades e com relação ao restante do país; elaborar orientações e normas sobre saúde para incluí-las no planejamento e desenvolvimento urbanos; e incorporar as metodologias de análise do impacto na saúde na formulação de políticas, programas e projetos de desenvolvimento urbano. Os ministérios da saúde devem aproveitar o próprio contexto dos governos locais, que abrangem setores múltiplos sob o comando do prefeito ou governador, para neles incutir a perspectiva da saúde (30).

Próximos passos

16. Na discussão durante a mesa redonda, os ministros da saúde deverão analisar a oportunidade apresentada pelas cidades para procurar melhorar a saúde das grandes populações nelas concentradas: os benefícios podem ser substanciais. Para isso, será preciso discutir os elementos necessários para definir uma política de saúde urbana e que servirão para integrar os critérios de saúde pública no planejamento das cidades. Nessa ação, devem ser considerados sistemas de vigilância da saúde que diferenciem as condições sociais das populações e o grau de urbanização em que vivem, bem como o desenho e a operação inovadores de seus próprios serviços, com modelos diferentes para as pessoas e para as famílias que vivem no contexto urbano. Para que os ministérios exerçam sua função condutora, terão de considerar a incorporação da análise sobre o impacto que as atividades de outros setores exercem sobre a saúde e, com isso, empreender esforços integrados para promover a melhoria da qualidade de vida das populações urbanas. Compete ao ministério da saúde servir como elemento indutor desse trabalho multissetorial, proporcionando o apoio técnico e as normas e orientações pertinentes. Esperamos que os ministros da saúde definam a necessidade de uma estratégia ou plano regional que a Repartição ponha em prática para servir de marco para os processos futuros e melhor orientar as suas atividades.

Referências

1. UNFPA. State of World Population 2007. Unleashing the Potential of Urban Growth United Nations Population Fund. Nueva York, 2007
2. ONU-HABITAT. Estado de las ciudades en America Latina y el Caribe. Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos, Río de Janeiro, ONU-HABITAT 2010
3. MacDonald J. La otra agenda urbana: tareas, experiencias y programas para aliviar la pobreza y precariedad en las ciudades de América Latina y el Caribe. Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas. Santiago: CEPAL: 2005.
4. Kjellstrom T, Mercado S, Sami M, Havemann K, Iwao S. Achieving Health Equity in Urban Settings. J Urban Health 2007; 84(1): i1-i6.
5. Agenda de Salud para las Americas, 2008-2017. Ciudad de Panamá, Panamá, julio del 2007
6. OPS. Salud en las Americas 2007. Organización Panamericana de la Salud. Scientific and Technical Publication N.º 622, Washington D.C., USA
7. MDH. Demographics of Physicians, Nurses and Dentists: Urban-Rural Comparisons of Minnesota's Health Care Workforce. Office of Rural Health & Primary Care Health Workforce Analysis Program. Minnesota Department of Health, St. Paul, MN, novembro 2005.
8. Reschovsky JD, Staiti A. Physician Incomes in Rural and Urban America CSHSC Issue Brief. Jan 2005
9. Nigenda G, Ruiz JA., Bejarano R. Educational and labor wastage of doctors in Mexico Human Resources for Health 2005, 3:3 doi:10.1186/1478-4491-3-3
10. Lazarov L, Lorente JL., Turnes AL. Numero de médicos en Uruguay: Elementos para un análisis. Diciembre 10, 2002 Pode se consultar em: <http://www.smu.org.uy/sindicales/documentos/estadistica/numeromedicos.pdf>
11. World Bank. The urban poor in Latin America / Marianne Fay (editor). Washington DC 2005. Pode se consultar em: <http://siteresources.worldbank.org/INTLACREGTOPURBDEV/Home/20843636/UrbanPoorinLA.pdf>
12. PAHO. First meeting of the Pan American Regional Health Forum on Urban Health: Toward a conceptual framework on urban health and agenda for action in the Americas; November 27-29, 2007; Mexico City. Washington, D.C. Pan American Health Organization; 2008 [Consultado el 15 de abril del 2010] Pode se consultar em: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsacd/cd68/foroeng.pdf>.
13. WHO. What WHO is doing for climate and health. [Consultado el 20 de agosto del 2010]: http://www.who.int/globalchange/health_policy/who_workplan/en/index.html
14. World Bank. The politics of climate change in Latin America. [Consultado en agosto del 2010] Puede consultarse en: <http://www.latinocambio.com/2009/05/latin-america-and-climate-change-crisis.html>
15. WHO Healthy Hospitals-Healthy Planet- Healthy People. WHO and Health Care without Harm. Discussion Draft. Pode se consultar em: http://www.who.int/globalchange/publications/climatefootprint_report.pdf
16. OPS. Informe Oficial “La protección de la salud contra los efectos del cambio climático en la Región de las Américas: Pasar de las pruebas a la acción” Anexo A de la Mesa Redonda sobre Cambio Climático y sus Repercusiones para la Salud Publica: Una Perspectiva Regional. CD48/16 22 de agosto de 2008
17. OPS. Reporte Final. Mesa Redonda sobre Cambio Climático y sus Repercusiones para la Salud Publica: Una Perspectiva Regional. CD48/16. 30 de setembro, 2008
18. UN-Habitat. The challenges of slums. Global Report on Human Settlements (2003). Puede consultarse en: <http://www.unhabitat.org/downloads/docs/GRHS.2003.pdf>

19. Knowledge Network on Urban Settings. Our cities, our health, our future. Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization, 2008. Pode se consultar em: http://www.who.int/social_determinants/resources/knus_report_16jul07.pdf
20. GRNUHE. GLOBAL RESEARCH NETWORK ON URBAN HEALTH EQUITY. Improving urban health equity through action on the social and environmental determinants of health. Informe Final, julio 2010. Pode se consultar em: <http://www.ucl.ac.uk/gheg/GRNUHE>
21. Kain J., et al. Tendencias en la obesidad y factores determinantes en América Latina. Cad. Saúde Pública, Río de Janeiro, 19(Sup. 1):S77-S86, 2003
22. Briceño León, R. et al. Understanding the uneven distribution of the incidence of homicide in Latin America. International Journal of Epidemiology 2008; 37:751-757
23. Miraglia SG, Saldiva PH, Böhm GM. An evaluation of air pollution health impacts and costs in São Paulo, Brasil. Environ Manage. 2005 May;35(5):667-76.
24. Stern AM, Markel H. What Mexico Taught the World About Pandemic Influenza Preparedness and Community Mitigation Strategies JAMA. 2009;302(11):1221-1222
25. WHO. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations. World Health Organization. Geneva, 2010
26. Southon G. The role of professional networks in radiology services. Rev Panam Salud Pública. 2006; 20(2/3):99-103.
27. DGPS. Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud: Red de Servicios De Atención a la Salud. Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad. Secretaría de Salud de México, D.F. Noviembre del 2003.
28. Rawlings LB, Rubio GM. Evaluating the Impact of Conditional Cash Transfer Programs. The World Bank Research Observer 2005 20(1):29-55; doi:10.1093/wbro/lki001
29. OPS. Salud en las Américas, 2007. Publicación Científica y Técnica No. 622. Washington D.C. 2007
30. Stahl T., et al. Health in All Policies. Prospects and potentials on Health Systems and Policies. The European Observatory on Health Systems and Policies. Finland, Ministry of Social Affairs and Health, 2006. Pode se consultar em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260.pdf



50.º CONSELHO DIRETOR 62.ª SESSÃO DO COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, de 27 de setembro a 1.º de outubro de 2010

Item 4.15 da agenda

CD50/19, Add. II (Port.)
29 de setembro de 2010
ORIGINAL: ESPANHOL

MESA REDONDA SOBRE URBANISMO e VIDA SAUDÁVEL

Informe Final

Introdução

17. Durante o 50º Conselho Diretor da Organização Pan-Americana da Saúde, os Estados Membros participaram de uma mesa redonda para examinar quais são as atividades pelas quais eles são responsáveis e quais são as que precisam do apoio da Repartição Sanitária Pan-Americana a fim de executar o programa de trabalho acordado na ocasião da comemoração do Dia Mundial da Saúde, em 7 de abril de 2010, este ano foi dedicado ao tópico *Urbanismo e Vida Saudável*.

Resumo sobre a justificação do tópico

18. O tópico da saúde urbana é um mandato que provém da Conferência das Nações Unidas para o Meio Ambiente e Desenvolvimento, realizada em 1992, conhecida como Cúpula do Rio. No capítulo 6 do Programa 21, é considerado o desafio criado pela saúde urbana. Nas Américas, o problema da saúde urbana é crítico, pois 79,4% da população na Região estão concentrados em áreas urbanas. Sabe-se que seis das megalópoles mundiais estão na América Latina. 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. As desigualdades na distribuição social do bem-estar e dos recursos são muito mais marcantes na zona rural que nas cidades, o que representa uma séria desvantagem para os habitantes do campo em comparação aos que vivem nas cidades. No entanto, cabe assinalar que esta distribuição não equitativa dos recursos ocorre também dentro das próprias cidades.
19. A Organização Pan-Americana da Saúde vem estudando este tópico há algumas décadas com o movimento das Cidades Saudáveis que está ativo na maioria dos países da Região. A OPAS tem participado e pedido a representação dos países da Região na Rede de Conhecimentos de Saúde Urbana da Comissão da OMS

sobre os Determinantes Sociais da Saúde, na Rede Global de Pesquisa sobre Igualdade em Saúde Urbana e na Mesa Redonda de Pesquisa sobre o Ambiente de Vivência Urbana, sendo que estes dois últimos são patrocinados pela Fundação Rockefeller. Foram convocadas duas reuniões especiais para abordar o tópico da saúde urbana (no Chile, em 2004 e no México, em 2007). Este ano ganharam impulso diversas atividades e a OPAS participou de várias delas, em especial a comemoração do Dia Mundial da Saúde, que será seguido pelo Fórum Regional de Saúde Urbana em Nova York e o Fórum Mundial em Kobe, no Japão. É neste contexto que os delegados dos Estados Membros analisaram a experiência e comprovações pertinentes para em seguida, na mesa redonda, definir quais as atividades que devem ser realizadas.

Resumo sobre o adendo dos antecedentes

20. A saúde da população nas áreas urbanas representa um desafio descomunal, não apenas porque está ocorrendo uma megatendência global de integração e crescimento das cidades, como também pelo ritmo acelerado deste movimento. Esta tendência é traduzida em crescimento das cidades pequenas e sua aglomeração em grandes metrópoles. Nas cidades são concentrados recursos que potencialmente permitem uma maior oferta de serviços em comparação com as zonas rurais, ao mesmo tempo em que oferecem mais opções para melhorar a qualidade de vida e o bem-estar. No entanto, as grandes desigualdades sociais da Região são acentuadas nas cidades, onde persistem grandes desigualdades quanto a moradia, trabalho, qualidade ambiental, educação, acesso à alimentação, transporte, atenção médica, serviços de abastecimento de água e saneamento, esgotos e outros. As difíceis inter-relações sociais, familiares, comunitárias e de gênero aumentam a complexidade da abordagem destes problemas. A dinâmica econômica, industrial e de transporte das cidades e o conseqüente consumo de energia produzem por si só uma importante pegada climática. Isto se traduz em diferenças consideráveis que são evidentes na prática, mas que os sistemas de informação de saúde não captam nem detectam de maneira coerente, apesar de causarem uma carga direta de doenças crônicas, traumatismos, violência, doenças mentais e doenças infecciosas reemergentes que recaem sobre os serviços de assistência médica e representam um grande desafio quando procuram prestar serviços de maneira equitativa. Este conjunto de fatores implica em um elevado custo social, econômico e organizacional.
21. À medida que são regularizados os assentamentos humanos, dependendo do crescimento da população urbana, continua existindo oportunidade de influir no planejamento da nova infraestrutura e construção de moradias, designação de áreas verdes e espaços de convivência e atividade física, meios de transporte e de outros elementos que têm grande impacto na saúde e qualidade de vida. O mesmo se pode dizer das modificações que são necessárias nas cidades. Aqui está a relevância de incorporar os tópicos de saúde aos processos de planejamento urbano. Também será necessário prever um novo planejamento dos serviços de saúde, especialmente dos serviços de atenção primária que sejam acessíveis e tenham utilidade para a dinâmica população urbana. Para isso é necessário dispor de modelos adequados, em particular para as atividades realizadas na Região em termos de planos direcionados ao combate da pobreza. Para atingir estes objetivos, os ministérios da Saúde devem desempenhar sua função de direção e dar orientação aos outros setores para que o entorno construído seja favorável à saúde, mediante a incorporação de critérios e guias de saúde pública e da análise do impacto para a saúde no planejamento urbano geral. Neste processo, os ministérios terão de ser um elemento catalisador para a incorporação da análise do impacto que as atividades de outros setores têm na saúde; portanto, devem empreender esforços integrados para a promoção de uma melhor qualidade de vida das populações urbanas.

Resultados do debate sobre as iniciativas intersetoriais

22. Para suscitar o debate, o Presidente do Conselho Diretor apresentou o tema, destacando a necessidade de atuar nessa área e o desafio de influenciar o efeito do meio urbano sobre a saúde em virtude da mudança climática. Por sua vez, os relatores (Dr. Jacob Kumaresan e Dr. Nils Daulaire) assinalaram a dimensão mundial, as conquistas obtidas, as definições de políticas nacionais e locais, e desenvolvimento de métodos e instrumentos que poderiam ser compartilhados na Região. Durante o debate na mesa redonda, os delegados dos Estados Membros reconheceram que a dimensão urbana e, em especial, os elementos da igualdade, são fundamentais para alcançar as metas de saúde, que exige um tratamento diferente da forma como são em geral abordados os sistemas de saúde e a função de saúde pública. O aprofundamento das desigualdades só conduz à instabilidade social e a um maior empobrecimento. As desigualdades em termos de saúde em um meio urbano são particularmente acentuadas e devem ser, portanto, identificadas de forma sistemática para poderem ser resolvidas. A falta de diferenciação esconde as peculiaridades da heterogeneidade urbana e, portanto, limita a eficácia da intervenção.
23. É necessário identificar instrumentos e estratégias eficazes para melhorar os vínculos do setor da saúde com os outros setores do meio urbano, visto que a maior capacidade para atuar sobre os determinantes da saúde das populações urbanas se encontra em outros setores que não o da saúde. No entanto, nem sempre há arranjos institucionais para que a influência e a colaboração com outros setores sejam firmes e eficazes.
24. Nos ministérios da Saúde, é necessário melhorar as estratégias, os métodos, os instrumentos e os indicadores para exercer a função de direção e avançar na implementação das ações. Além disso, deve-se começar pelo reajuste dos sistemas de informação para que sejam capazes de distinguir os graus e as condições da urbanização e a forma como influem na situação econômica e psicossocial das pessoas e das comunidades. Esses sistemas devem produzir dados desagregados de modo que se possa definir o gradiente social em termos de populações e territórios e não apenas com base em médias. Isso permitiria que as populações móveis fossem monitoradas e programas fossem formulados para atender necessidades futuras, oferecendo apoio não apenas na forma de informações, mas também de pesquisas sobre operações diretas específicas que dão respaldo ao planejamento.
25. Para seguir adiante, as autoridades nacionais e locais devem identificar as barreiras que impedem uma ação intersetorial eficaz e quais são as capacidades de que dispõem para superá-las, entre outras, sua capacidade legislativa e de desenvolvimento de competências para a persuasão e negociação com quem não necessariamente têm responsabilidade nem os princípios e valores que caracterizam a saúde. Devem ser identificados os fatores fundamentais para o êxito que o setor da saúde deverá pôr em prática com o embasamento científico ao seu alcance para fornecer informações que respaldem as decisões de outros setores e que procurem inserir a saúde urbana em todas as políticas públicas das cidades.
26. Aumentar a consciência em vários setores sobre o vínculo entre o ambiente construído e a saúde, por meio de mensagens voltadas/direcionadas para parceiros-chave específicos (por ex.: planejadores, construtores/incorporadores, setor de saúde, comunidade). Para construir uma política de Estado integral e coerente, é necessário buscar o alinhamento dos setores no ordenamento nacional e supranacional e, em seguida, levá-lo aos ordenamentos infranacionais e locais. As autoridades nacionais e locais devem identificar os principais setores e atores com os quais é fundamental estabelecer uma relação intersetorial de colaboração, criar mecanismos que permitam a manutenção desses vínculos e promover a inclusão de

aspectos importantes da saúde em todas as políticas. Entre estes atores os prefeitos, como contrapartes fundamentais além dos responsáveis pelas áreas de desenvolvimento urbano, como transporte, habitação, segurança pública, educação, cultura, esportes, energia, agricultura, turismo, comércio e defesa civil, bem como os setores financeiro e privado e as ONG. É vital a participação social e intersetorial que envolva toda a população por meio de comissões ou conselhos intersetoriais.

Resultado da discussão sobre a função das autoridades de saúde nacionais e locais no planejamento

27. Os delegados dos Estados Membros identificaram uma oportunidade para a saúde representada pelos processos de planejamento urbano e, portanto, a importância de ter participação ativa neles. Isto é pertinente do ponto de vista conjuntural nos novos desenvolvimentos que se vêm surgindo na Região, bem como nos processos de readaptação do espaço urbano, em conformidade com a regularização dos assentamentos urbanos. Os delegados também determinaram que, como isso ocorre principalmente nas esferas locais, os ministérios da Saúde devem formular uma política e convocar os interessados para obter participação ativa e eficaz dos funcionários de saúde das cidades nos processos de planejamento e redesenho urbano. É importante que as entidades de coordenação intersetorial do governo nacional sejam complementadas por entidades nas esferas regional e municipal encarregadas do planejamento territorial. Para isso, precisam de guias, normas e critérios de saúde pública que lhes permitam fazer uma contribuição realista e coerente no seu trabalho em aspectos tais como áreas verdes, sua densidade, qualidade e proximidade para a convivência que favoreça a atividade física; facilidade e segurança para andar pelas ruas; condições básicas de higiene, densidade, segurança e dignidade da moradia, escolas, locais de trabalho; critérios de proteção e segurança ambientais e alimentares, entre outros.
28. Foi discutida a necessidade de criar capacidades que estimulem a análise do impacto na saúde como elemento fundamental para as decisões adotadas por outros setores e para a execução do orçamento público, além da função de direção que o setor da saúde pode desempenhar para que estas abordagens sejam implementadas e principalmente para reduzir a origem da carga desproporcional de causas de doenças em certas populações mais vulneráveis. Não resta a menor dúvida de que os critérios de saúde pública devem ser inseridos no planejamento urbano, buscando que sejam feitas as modificações necessárias na ordem legislativa e que a saúde seja incluída em todas as políticas.
29. Também foi salientada a necessidade geral de treinamento, com um equilíbrio entre prevenção e atenção. Recomendou-se promover uma abordagem holística na educação dos profissionais de saúde, levando em conta todos os fatores e determinantes da saúde urbana e rural. Ademais, os jovens devem ser capacitados para o trabalho e para a vida.
30. Foram identificadas também quais são as mudanças relacionadas com a concepção e a organização dos serviços de saúde e, em especial, da atenção primária à saúde quando esta atende à população no contexto urbano, com o uso de critérios que vão além da distribuição geográfica de tais serviços. Para isso, devem ser reconhecidas as barreiras que dificultam o trabalho dos ministérios da Saúde e as capacidades de que dispõem para reorientar os serviços de saúde a fim de adaptá-los à dinâmica populacional, social e econômica das cidades, de modo que se aproxime mais dos usuários e atinjam uma cobertura adequada. Ao mesmo tempo, será necessário estabelecer firmes vínculos com a zona rural para melhorar a prestação de serviços com a aproximação à população rural.

Resultado do debate sobre os serviços de saúde e de sua relação com outros setores para prevenir e controlar os riscos para a saúde resultantes da mudança climática

31. A OPAS/OMS e os países avançaram bastante na implementação de planos de ação sobre a mudança climática e a saúde, na criação de programas intersetoriais que abrangem avaliações da vulnerabilidade da população, na vigilância de doenças sensíveis ao clima e nos esforços para aumentar a consciência do setor de saúde sobre a mudança climática e seu impacto sobre a saúde.
32. Os ministérios da Saúde dos Estados Membros reconheceram que próprio o funcionamento dos serviços de atenção médica (hospitais, laboratórios, clínicas e centros de saúde) tem um impacto notável na pegada climática e que é necessário realizar um esforço especial para determinar a magnitude concreta dessa repercussão. A partir desta determinação, que será usada como parâmetro de referência, devem ser identificadas as medidas que podem ser tomadas para reduzir gradualmente a pegada, ao mesmo tempo em que são aproveitados os incentivos econômicos que são oferecidos globalmente para reduzi-la. É especialmente pertinente inserir o planejamento e a programação para a redução de emissões como parte integral da gestão ambiental das novas unidades médico-hospitalares, bem como na sua reforma e aquisição de novos equipamentos. Se estas unidades médicas são consideradas como um sistema integrado, será possível obter maior eficácia.
33. No exercício da função de direção pelo setor da saúde, é primordial a função de monitoramento, pesquisa e geração de informação quanto ao impacto para a saúde da mudança climática, em especial pela fração da mudança correlacionada à persistência, reemergência ou expansão de doenças infecciosas transmitidas por vetores, mas também correlacionada à exacerbação de crise de doenças crônicas cardiovasculares, broncorrespiratórias, mentais e outras. Essas considerações também devem ser incluídas na análise do impacto para a saúde durante o planejamento urbano. Também se considera importante elaborar planos de preparação e resposta para o caso de desastres naturais, fortalecer a resposta das organizações comunitárias nesse campo e criar políticas para controlar as emissões e a poluição industrial.
34. Portanto, os ministérios da Saúde devem determinar quais são as competências, capacidades e metodologias que precisam desenvolver para detectar e controlar os riscos associados com a mudança climática e para converter-se em um ator importante nesse desafio global. Assim, afirmaram que a reunião da 16ª Conferência das Partes da Convenção-Quadro das Nações Unidas sobre Mudança Climática (COP-16) deve reconhecer a contribuição dos serviços de saúde e a necessidade de envolvimento ativo nos ministros da Saúde na prevenção e tratamento de problemas de saúde relacionados à mudança climática. O setor de saúde está convidado a participar da COP-16 a ser realizada em Cancún, México, em dezembro.

Resultado da discussão sobre as recomendações a serem postas em prática tanto pela Repartição Sanitária Pan-Americana como pelos Estados Membros

35. Os ministérios da Saúde examinaram a necessidade da Repartição Sanitária Pan-Americana de elaborar uma versão preliminar da Estratégia e Plano de Ação Regional para Saúde Urbana que abranja as políticas que devem ser adotadas para guiar as atividades dentro do setor e sua função de direção intersetorial, a fim de adaptar os serviços de saúde e atuar de maneira eficaz diante da mudança climática. Solicita-se a redação de uma resolução para que, depois de discutida a versão preliminar, este plano seja apresentado ao 51º Conselho Diretor.

36. Solicitou-se à Repartição Sanitária Pan-Americana que avançasse na cooperação com os países, centros colaboradores e outros especialistas para o desenvolvimento das ferramentas necessárias por parte dos Estados Membros para o exercício da função de direção, entre elas:

- (a) adaptação da vigilância em saúde/epidemiológica;
- (b) análise do impacto na saúde;
- (c) ferramentas para a adaptação dos programas de saúde urbana e a inserção da questão da saúde em todas as políticas, levando em consideração os determinantes da saúde;
- (d) instrumentos de monitoramento para a tomada de decisão nas cidades (como “Urban HEART”);
- (e) adaptação ou preparação de um conjunto de critérios e guias essenciais para a concepção dos entornos urbanos;
- (f) elaboração de critérios e guias para a adequação da prestação dos serviços de saúde no; meio urbano, em especial para a atenção primária;
- (g) compartilhamento mais fácil de experiências positivas e lições extraídas.

37. Ao mesmo tempo, os Estados Membros terão de fazer avanços para:

- (a) examinar sua base legal e organizacional para incluir a dimensão urbana em seu trabalho interno;
- (b) determinar quais são os ajustes que devem ser feitos aos planos nacionais e locais e aos seus respectivos programas de ação para levar em consideração a dimensão urbana e seus elementos de igualdade;
- (c) examinar sua base legal e organizacional a fim de incluir a dimensão urbana em seu trabalho intersetorial;
- (d) contribuir com esta informação para a formulação da estratégia regional;
- (e) Implementar a estratégia Municípios, Cidades e Comunidades Saudáveis e promover a interação entre essas esferas de governo nas comunidades urbanas vulneráveis, como mecanismo para identificar os determinantes sociais da saúde e agir sobre eles; forjar parcerias visando as ações intersetoriais e dar autonomia às comunidades para que alcancem o seu próprio bem-estar;
- (f) reforçar as atividades que promovem a saúde no contexto da Carta de Ottawa, a Carta de Bangkok e a Convocação de Nairobi de modo a forjar parcerias para promover as ações colaborativas intersetoriais, visando os determinantes sociais da saúde;
- (g) criar um Fundo para a Promoção da Saúde, usando os impostos sobre o tabaco e outros produtos para programas de saúde urbana que vise os determinantes sociais da saúde.

22. O México convida os países a endossar uma declaração regional sobre a proteção da saúde contra a mudança climática, a ser apresentadas na COP16 no México.

23. Neste documento traz o resultado dos trabalhos realizados na Mesa Redonda que será apresentado para consideração pelo Conselho Diretor, para que este defina quais serão os passos a serem seguidos nos próximos meses para que o setor da saúde possa responder eficazmente ao desafio urbano para a saúde pública.





Florida 930

ROSA DE EURO
CERTEER GARMENTS
FLORIDA 930, 1º piso 7A

SOL

Unidos
ome
ndos



©Stockbyte



Organização Pan-Americana da Saúde

*Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde*

525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037

www.bvsde.paho.org