



ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE



50º CONSELHO DIRETOR

62ª 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, 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 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 inculcar 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. Póde 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. Póde 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. Póde se consultar em:
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260.pdf

- - -