

O BRASIL NO ÂMBITO DA COOPERAÇÃO GLOBAL EM SAÚDE

Paulo Marchiori Buss¹

Luis Augusto Galvão²

1 INTRODUÇÃO

A saúde tem sido, historicamente, um elemento fundamental para o desenvolvimento e, ao mesmo tempo, utilizada como um dos indicadores mais sensíveis de benefícios e riscos do desenvolvimento, em nível individual e coletivo. Ainda que esta noção geral seja aceita pela maioria dos estudiosos da área social, ela é muitas vezes mal-entendida, ou mesmo contestada, por outros setores relacionados à economia e à indústria. Este capítulo tratará de discutir essa associação, tendo como objetivo apresentar elementos históricos, evidências e modelos associativos que permitam ao leitor uma visão panorâmica da relação entre a saúde e o desenvolvimento, assim como alguns elementos que poderiam contribuir para a contextualização dessa relação na “Era do Desenvolvimento Sustentável”.

A segunda seção do capítulo trata de discutir alguns elementos históricos e contextuais que permitem, na terceira seção, o aprofundamento da discussão específica e atual da relação entre a saúde e o novo marco global: Agenda 2030 e seus Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). O texto é finalizado com algumas perspectivas para o setor da saúde nesse importante movimento global. Espera-se que este capítulo ofereça ao leitor uma perspectiva ampla, que facilite criar uma visão multissetorial e interdisciplinar desse processo complexo e cada vez mais relevante, para promover o diálogo global sobre equidade, sustentabilidade e direitos humanos.

Todas essas questões adquirem, no capítulo, especial referência com o Brasil, sua política externa e sua cooperação internacional, e com o Sistema da Organização das Nações Unidas (ONU), pelo papel que teve o país na produção política do movimento pelo desenvolvimento sustentável, materializado na Rio 92 (1992), na Rio+20 (2012) e nas discussões por ocasião do Open Working Group (OWG) e na LXX Assembleia Geral das Nações Unidas (2015), quando se definiu a Resolução sobre a Agenda 2030 e os ODS.

1. Doutor *Honoris Causa* pela Universidade ISALUD (2010) e pela Universidade Nova de Lisboa (2011). Mestre em medicina social pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (1980). Atualmente é diretor do Centro de Relações Internacionais em Saúde da Fiocruz. Representa o Brasil no Conselho de Saúde da União de Nações Sul-Americanas (UNASUL) e na Comunidade de Países de Língua Portuguesa (CPLP).

2. Doutor em saúde coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2015). Mestre em saúde pública pela ENSP (1998).

Nessa nova era, vive-se um momento de intensa mudança no mundo, com a revolução da informação e outros processos sociais de importância global, que apresentam desafios para todos os setores da sociedade, públicos ou privados. Imerso em toda a complexidade da globalização – com seus benefícios e malefícios –, o Brasil tem mantido, ao longo do tempo, uma política de desenvolvimento que busca coerência com as tendências e os mandatos mundiais, principalmente em certos setores, como meio ambiente, saúde, educação e energia. Essa postura nacional tem beneficiado o país em seus mecanismos de governança e dado alguma vantagem comparativa com referência aos outros países da região, em termos de cabedal de conhecimentos e estrutura de negócios. Em todos os momentos cruciais dessa história, o setor da saúde foi sempre considerado objeto e resultado essencial do desenvolvimento.

2 ANTECEDENTES

O engajamento do setor da saúde no debate sobre desenvolvimento não é recente. Já no fim do século XIX, a saúde foi fundamental nos grandes projetos de desenvolvimento, como a construção do canal do Panamá e a Estrada de Ferro Madeira-Mamoré, e nos projetos de industrialização e de desenvolvimento agrícola e extrativista na Amazônia, os quais deram origem a instituições como a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (1902), a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (1900) e o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) (1942). Mais recentemente, com o surgimento do conceito de desenvolvimento sustentável, essa relação foi explorada em inúmeros trabalhos, como a série sobre saúde e desenvolvimento sustentável preparada pela Fiocruz para a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (Rio 92) (Buss, Leal e Sabroza, 1992), as publicações da revista *Cadernos de Saúde Pública* relacionadas à Conferência das Nações Unidas sobre Desenvolvimento Sustentável (Rio+20) (Buss *et al.*, 2012; 2014; Gallo *et al.*, 2012; Kickbusch e Buss, 2014) e as publicações sobre os determinantes ambientais e sociais da saúde (Galvão, Finkelman e Henao, 2010), essenciais aos três pilares do desenvolvimento sustentável (ambiental, econômico e social).

Na verdade, a relação do Brasil com a saúde no Sistema ONU global remonta ao período posterior à Segunda Guerra Mundial, desde 1945, ano em que se planejou a criação de um organismo internacional para a saúde, e 1948, quando foi formalmente criada a Organização Mundial da Saúde (OMS). Contudo, quase cinquenta anos antes disso, o Brasil foi nação extremamente ativa na criação da própria Opas, fundada em 1902 e depois transformada no Escritório da OMS para as Américas.

Em 1945, em São Francisco, realizou-se a Conferência de Organização Internacional das Nações Unidas. Depois de alguns anos de discussões e meses de debates no interior

da referida conferência, em 24 de outubro de 1945, entrou em vigor a Carta das Nações Unidas – ou seja, criou-se formalmente a Organização das Nações Unidas (UN, 1945). Um dos temas debatidos foi a saúde, motivado principalmente pelo propósito de prestação de socorro às populações civis encontradas nos territórios europeus recuperados pelos Aliados das potências do Eixo. O brasileiro Geraldo de Paula Souza, presente na conferência, foi um dos responsáveis por introduzir a saúde como um dos objetos da ONU e propor a formação de uma agência especializada multilateral destinada à saúde e ligada à organização.

Em 1946, após o trabalho do chamado Comitê Técnico de Preparação, com significativo apoio do Brasil, foi adotada a Constituição da OMS, cujos princípios relacionados com o tema do desenvolvimento, da cooperação mundial e da solidariedade internacional estão elencados a seguir (WHO, 1946).

- A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças.
- O gozo de um grau máximo de saúde que se possa obter é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica e social.
- A saúde de todos os povos é condição fundamental para obter a paz e a segurança e depende da mais ampla cooperação entre pessoas e Estados.
- Os resultados alcançados por cada Estado no fomento e na proteção da saúde são valiosos para todos.
- A desigualdade nos diversos países em relação ao fomento à saúde e ao controle das enfermidades, sobretudo as transmissíveis, constitui um perigo comum.
- Os governos têm a responsabilidade de garantir a saúde dos povos, o que pode ser alcançado por medidas sanitárias e sociais adequadas.

Em 1953, o brasileiro Marcolino Candau foi eleito diretor geral da OMS e permaneceu no cargo até 1973, eleito para quatro mandatos sucessivos. Portanto, atravessou grande parte da Guerra Fria no comando da organização setorial da saúde da ONU e foi o mais longevo dos diretores na história da OMS. Segundo editorial do *British Medical Journal* (Candau e WHO, 1973), por ser brasileiro e “hábil diplomata”, ele granjeou a confiança dos então 135 Estados-membros da OMS e dos dois grandes grupos que disputavam politicamente grande parte dos temas mundiais, inclusive a saúde, no período da Guerra Fria – isto é, os Estados Unidos e a União Soviética, e seus respectivos aliados.

Candau foi substituído pelo dinamarquês Halfdan Mahler, que produziu impressionante revisão da política da OMS, resultando na Conferência sobre Atenção Primária de Alma-Ata, em 1978 (WHO, 1978), que revolucionou as

relações entre saúde e doença, com a abordagem dos determinantes sociais da saúde e a participação desta no desenvolvimento.

O Brasil também foi importante no Escritório da OMS para as Américas – a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) –, que contou com a criativa direção do brasileiro Carlyle Guerra de Macedo e de grande equipe de brasileiros, num decênio politicamente muito desafiador para a saúde nas Américas.

3 CONSIDERAÇÕES CONCEITUAIS

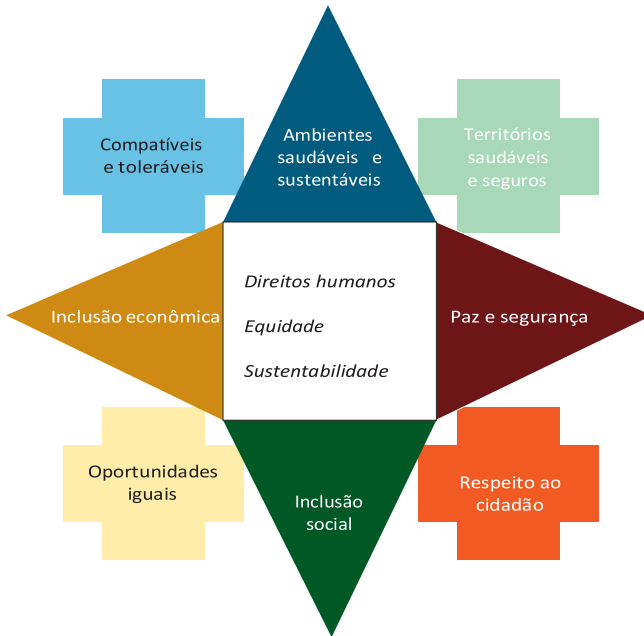
A saúde, além de pré-condição necessária ao desenvolvimento, é resultado prioritário deste e, assim, como verdadeira alma do desenvolvimento sustentável, requer uma abordagem multidisciplinar e multissetorial, exigindo uma articulação teórica e prática de agendas e programas nacionais e internacionais de desenvolvimento. Ao interior do setor da saúde, também essa condição impõe desafios, visto que apenas as ferramentas usuais da saúde pública não são capazes de articular as diferentes facetas desse processo. De igual maneira, nas instituições de desenvolvimento, um novo modelo teórico foi proposto pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) durante o processo da Rio+20, o qual pode ser usado por várias disciplinas que regem diferentes setores, constituindo um facilitador para ações e respostas multidisciplinares, inclusive aquelas entre a saúde pública e outras áreas, principalmente no âmbito local dos territórios e no marco dos determinantes sociais e ambientais da saúde.

O conceito de desenvolvimento sustentável tem sido amplamente tratado, com a colaboração de instituições brasileiras, em vários documentos oficiais elaborados por agências do Sistema ONU, como o Pnud, a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal) e a OMS.

Em setembro de 2015, a Assembleia Geral das Nações Unidas aprovou a Resolução A/70/1, o documento final *Transforming our World: the 2030 Agenda for Sustainable Development* (UN, 2015b), reconhecida como orientadora da única política mundial de amplo alcance consensuada por todos os Estados-membros das ONU. Resultante de processo longo e intensamente participativo, começou a ser construída a partir da Rio+20 e é o novo marco global de desenvolvimento, baseado em um novo conjunto de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que servem como marcos aspiracionais para guiar as lideranças, a governança e a sociedade global na superação de grandes desafios e na busca de um futuro melhor para as novas gerações: “Uma nova parceria global para erradicar a pobreza e transformar economias por meio do desenvolvimento sustentável” (UN, 2013, p. 1, tradução nossa). Apesar de ser o mesmo conceito, esse novo marco propõe dimensões mais atuais, construídas a partir da noção dos três pilares do desenvolvimento sustentável propostos na Rio 92: o econômico, o social e o ambiental.

FIGURA 1

Representação gráfica dos princípios (quadrado central), dimensões (triângulos) e ações viabilizadoras (sinais de soma de diferentes dimensões) do novo marco global do desenvolvimento sustentável da ONU



Fonte: Galvão (2015).
Elaboração dos autores.

Esse conceito de desenvolvimento sustentável, apesar de ser o mesmo termo, ganha agora um significado diferente e mais abrangente, sendo uma evolução daquele que recebeu reconhecimento, em 1987, quando a Comissão Mundial sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento da ONU lançou o relatório *Our Common Future* (UN, 1987), mais conhecido como Relatório Brundtland, em homenagem à presidente da comissão, a então primeira-ministra da Noruega e, mais tarde, diretora da OMS, Gro Harlem Brundtland. O relatório adota a definição até hoje mais conhecida: “O desenvolvimento sustentável é aquele que satisfaz as necessidades do presente sem comprometer a capacidade das gerações futuras de satisfazerem as suas próprias necessidades” (*op. cit.*, p. 41, tradução nossa).

Em 1992, durante a Rio 92, foi redigida a Declaração do Rio sobre Ambiente e Desenvolvimento, que assevera: “Os seres humanos estão no centro das preocupações para o desenvolvimento sustentável. Eles têm direito a uma vida saudável e produtiva, em harmonia com a natureza” (UN, 1992, p. 1, tradução nossa). Em outro documento da referida conferência, a Agenda 21 (ONU, 1992), constam capítulos específicos ou indiretamente relacionados com a saúde, como o capítulo 6, que reconhece a necessidade

de prover acesso universal aos serviços básicos de saúde e promover a redução de riscos à saúde decorrentes da poluição e das ameaças ambientais. O Brasil, que sediou a conferência em 1992, beneficiou-se e incorporou muitos dos fundamentos da Agenda 21 às políticas institucionais de meio ambiente e às mudanças de atitude de governantes, inclusive do setor da saúde, frente às políticas públicas.

Na virada do século XXI, outra iniciativa da ONU estabeleceu um marco de trabalho internacional para o desenvolvimento, a Declaração do Milênio, na qual a saúde passou a ter importância central e se refletiu de forma contundente na maioria dos chamados Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) (Pnud, 2012a). Além de discussões e atividades diversas sobre desenvolvimento sustentável, foram deslanchados processos importantes no âmbito da saúde pública mundial, relacionados ao que foi chamado “a causa das causas” – ou seja, os determinantes sociais e ambientais da saúde, os quais, na realidade, são elementos constitutivos do processo de desenvolvimento. Esse novo enfoque sanitário coincidiu e facilitou o surgimento de importantes movimentos referentes aos efeitos do desenvolvimento “não sustentável”, como as doenças crônicas não transmissíveis e seus principais fatores de risco (WHO, 2012), a importância e o aumento do número de intervenções na saúde sobre os efeitos das mudanças climáticas (Bouزيد, Hooper e Hunter, 2013), a extensa discussão sobre iniquidade em saúde (OMS, 2008) e o movimento sobre os determinantes sociais da saúde (CDSS, 2010). Ainda que fossem processos pontuais e geograficamente dispersos, havia uma íntima relação entre eles, deixando evidente a interface latente que existe entre o desenvolvimento sustentável e as questões de saúde.

Também nesse período, houve um grande esforço dedicado a demonstrar a estreita relação entre as doenças e certas políticas públicas promovidas por projetos de desenvolvimento, como o reconhecido caso da urbanização (Frumkin, Frank e Jackson, 2004). Ainda que esse movimento tenha reforçado a adoção de várias políticas de governo, no setor da saúde, a discussão sobre o modelo de atenção médico-hospitalar, a segurança sanitária mundial e o desenvolvimento econômico do complexo médico-industrial da saúde dominou as ações concretas, e poucos foram os avanços na incorporação de políticas intersetoriais que resultassem na promoção da saúde e do bem-estar da população, principalmente dos setores mais pobres e nas áreas periurbanas.

É importante sinalizar que, apesar desses esforços, se manteve o predomínio de um modelo de gestão de saúde focado em serviços – incluídos ou não os serviços de promoção –, o que levou ao abandono do papel de liderança governamental para promover e cobrar de outros setores medidas que promovam cobenefícios sanitários dos projetos de desenvolvimento.

4 CONTEXTO DA REGIÃO DAS AMÉRICAS

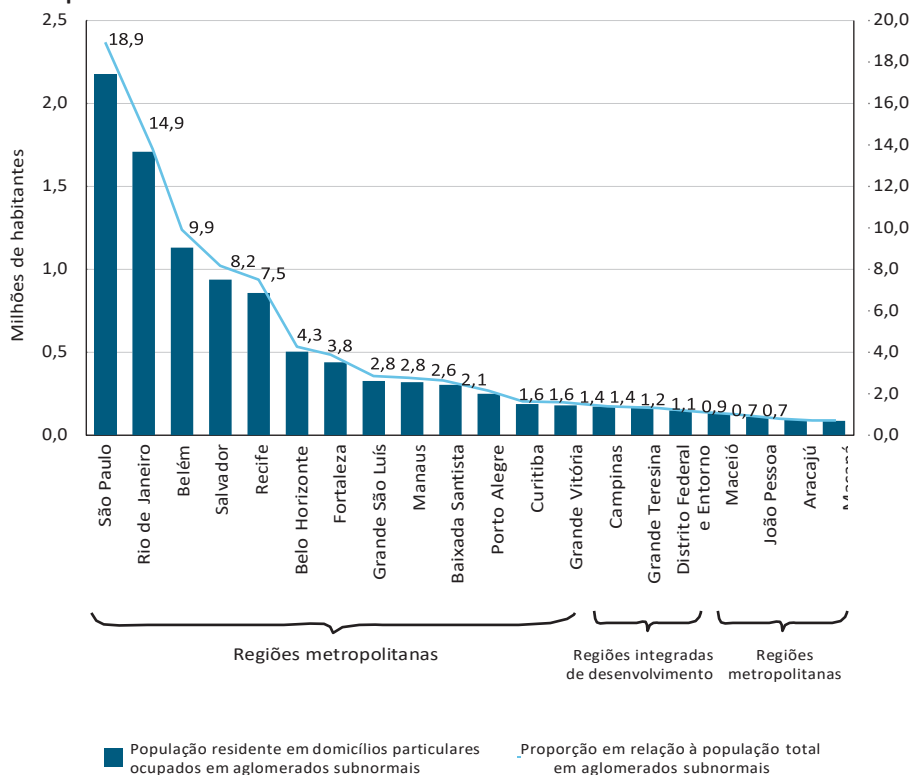
Na região das Américas, assim como em nível global, as constantes crises socioambientais coexistem com outros processos complexos, como o crescimento populacional, os fenômenos de mudanças demográfica e as migrações, todos de igual relevância para a

saúde pública e que têm determinado profundas modificações na geografia política. Por exemplo, em meados do século XXI, a população da América Latina e do Caribe (ALC) será de aproximadamente 751 milhões de pessoas, o que equivalerá a 8,3% da população mundial (UN, 2011).

Ademais, essa é a região do mundo mais urbanizada. Em 2010, 82,1% da população da América do Norte e 79,4% da população da América Latina e do Caribe residiam em áreas urbanas, estando previsto que, em 2025, nove das trinta maiores cidades do mundo estarão nas Américas: São Paulo, Cidade do México, Nova Iorque, Buenos Aires, Los Angeles, Rio de Janeiro, Bogotá, Lima e Chicago (UN, 2011), tendência que representa um grande desafio em termos de moradia, transporte, alimentação, serviços e outros exemplos. No caso do Brasil, dados do Censo Demográfico de 2010 (IBGE, 2010) mostram que, do total da população do país, mais de 11 milhões residem em aglomerados ditos subnormais, 60% dos quais se concentram nas regiões metropolitanas de São Paulo, Rio de Janeiro, Belém, Salvador e Recife (gráfico 1) (Jordán e Martínez, 2009).

GRÁFICO 1

Distribuição da população em aglomerados subnormais, segundo as regiões metropolitanas do Brasil

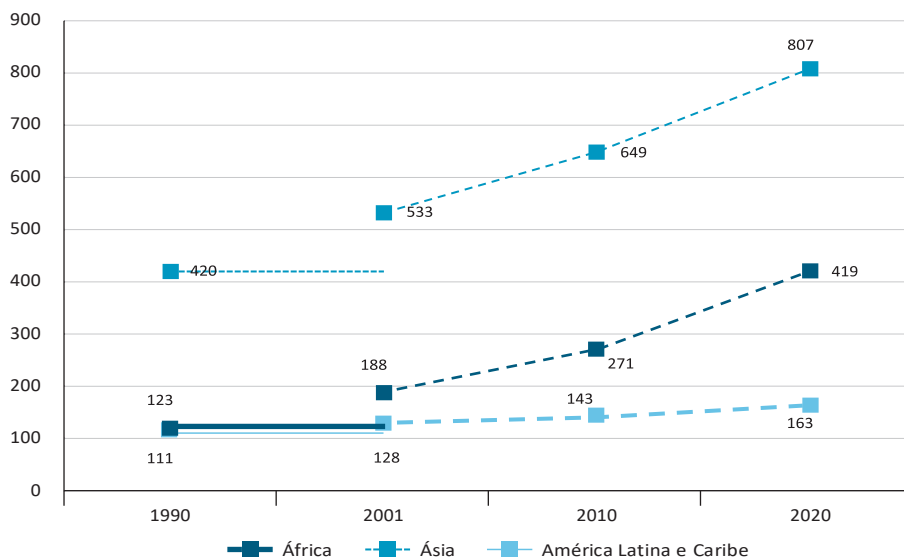


Como se pode verificar no gráfico 2, o fenômeno de urbanização e concentração de populações pobres ao redor de grandes áreas urbanas repete-se em toda a região da América Latina, sendo, na verdade, uma tendência populacional mundial nos países não desenvolvidos.

GRÁFICO 2

População urbana em favelas de 1990 a 2001 e projetada para 2010 e 2020, segundo área geográfica

(Em milhões de habitantes)



Fonte: Jordán e Martínez (2009, p. 31).

Segundo Jordán e Martínez (2009), a região da América Latina e do Caribe continua sendo a mais desigual do mundo, com o índice de Gini³ médio dos dezoito países analisados de 0,52 sendo maior que o da África Subsaariana (0,44) e o da Ásia Oriental e Pacífico (0,41) (UN, 2011). No entanto, estudos recentes mostram que, em termos de distribuição de renda, sua situação melhorou, tendo o indicador caído para 0,48. Tal transformação parece ser explicada não só por transformações nas suas maiores economias (Brasil e México) e nas outras onze economias analisadas, mas também pelo aumento na desigualdade de renda em outras regiões em desenvolvimento (Birdsall, Lustig e McLeod, 2011).

3. Segundo o Ipea, o índice de Gini foi criado pelo matemático italiano Conrado Gini e é um instrumento para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de zero a um, sendo que o valor zero representa a situação de igualdade – ou seja, todos têm a mesma renda. O valor um (ou cem) está no extremo oposto – isto é, uma só pessoa detém toda a riqueza. Ver o site disponível em: <<https://goo.gl/EsVif1>>. Acesso em: 7 fev. 2017.

A extrema concentração de poder político e de recursos econômicos e naturais sob o controle de um número restrito de indivíduos e corporações gera enormes distâncias e profundas desigualdades entre os estratos sociais, dificultando as relações entre as classes e agravando os conflitos sociais previamente existentes. Essa contradição intrínseca do sistema conduz a um aprofundamento da crise social, provocando a reflexão de questões sobre a governabilidade no atual sistema econômico, a sustentabilidade do planeta e a equidade social, as quais se impõem hoje às pautas de governos, empresas, cidadãos e mídia, alimentando o ciclo de exposição pública desses temas. Uma das hipóteses sustentadas por Alves (2013) é que “o limite crucial da economia política do neodesenvolvimentismo é a sua incapacidade de ir além da forma política do Estado neoliberal”. Afirma esse autor que

os governos pós-neoliberais não apenas preservaram e mantiveram a estrutura sistêmica do Estado neoliberal, mas a aperfeiçoaram, introduzindo-a, por exemplo, no *corpus* burocrático oligárquico do Estado. Enfim, os governos pós-neoliberais mantiveram a estrutura orgânico-burocrática do Estado político, não alterando a dinâmica administrativa da máquina pública lastreada no poder do capital (*op. cit.*).

Já a Cepal deu importante contribuição ao debate sobre o desenvolvimento sustentável na ALC, com seu documento *Horizontes 2030* (Cepal, 2016), apresentado aos Estados-membros, enfocando a Agenda 2030 com base na perspectiva estruturalista do desenvolvimento. Suas propostas concentram-se na necessidade de promover uma mudança estrutural progressiva, que aumente a incorporação do conhecimento em produção, garanta a inclusão social e combata os efeitos negativos das alterações climáticas. O foco das reflexões e propostas de avançar para um novo estilo de desenvolvimento encontra-se na promoção da igualdade e da sustentabilidade ambiental. A criação de bens públicos globais e seus correlatos em políticas regionais e nacionais é o núcleo a partir do qual a visão estruturalista se expande em um keynesianismo global e uma estratégia de desenvolvimento focada no grande impulso ambiental.

O setor da saúde concentra sua resposta a essa crise gerando debates e questionamentos sobre a reforma de seus sistemas, a equidade em saúde e, finalmente, os determinantes sociais da saúde (Buss, 2000). Também é importante mencionar que o próprio conceito de desenvolvimento sustentável no âmbito da saúde ambiental no Brasil recebe uma visão crítica, uma vez que este teria sido apropriado pelo modelo atual de desenvolvimento existente no país. Artigo publicado por Augusto *et al.* (2012, p. 4.088) traduz essa crítica da seguinte maneira:

Atualmente, nos pautamos pelo desafiante apoio à construção de caminhos alternativos ao modelo de desenvolvimento socioeconômico vigente no Brasil, caracterizado pela injusta distribuição social e territorial dos ônus e dos bônus do

crescimento da economia. Neste sentido, criticamos a proposta de “desenvolvimento sustentável”, hoje apropriada pelo capitalismo travestido na bandeira da “economia verde”.

A globalização tem estimulado uma nova correlação de forças, que, combinada com vários interesses pragmáticos e ideológicos, tem provocado uma mudança na governança mundial. Em grande parte, essas mudanças são protagonizadas ou têm a ativa participação de países da América Latina e do Caribe, como o Brasil, que têm expandido seus horizontes, participando simultaneamente de várias parcerias, iniciativas e blocos, ligados por proximidade geográfica ou por razões comerciais, culturais ou políticas. Isso fica patente quando se observa a constante presença de países da região não apenas em espaços estratégicos globais cada vez mais proeminentes, como a Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), o G20, a Cooperação Econômica da Ásia e do Pacífico (Apec) e o grupo formado por Brasil, China, Índia, Rússia e África do Sul (BRICS), como também em novas alianças e fóruns regionais e sub-regionais, a exemplo da Aliança Bolivariana para os Povos da Nossa América (Alba), a União de Nações Sul-Americanas (Unasul) e a Comunidade dos Estados Latino-Americanos e Caribenhos (Celac), que têm estabelecido novas agendas que tratam de coexistir – ou influenciar – com outras preexistentes, regional ou globalmente (Opas, 2012; Buss *et al.*, 2016).

No que tange às questões da relação entre saúde e produção, incluindo trabalho, consumo, resíduos e meio ambiente, elas têm sido objeto de análise da saúde pública nas últimas décadas (Franco e Druck, 1998; Periago *et al.*, 2007). Na prática da saúde pública, tanto no Brasil quanto em outros países, a preocupação com a relação entre produção e saúde originou a transformação das estruturas existentes e a criação de novas instâncias institucionais, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), a Coordenação Geral de Vigilância em Saúde Ambiental (CGVAM), a Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris), no México, entre outras. Essas iniciativas, assim como a discussão geral sobre o tema, após 1992, tomaram como referência o conceito de desenvolvimento sustentável e o processo estabelecido pela Agenda 21 (ONU, 1992), tanto em relação às consequências para a saúde da população, quanto no que concerne à contribuição que a saúde pública tem a oferecer ao processo em si.

Vários fatos e processos têm sinalizado os avanços concretos na incorporação do tema da saúde ao contexto do desenvolvimento sustentável, como o estabelecimento de acordos e tratados internacionais com valor legal para os países – por exemplo, o Regulamento Sanitário Internacional (Anvisa, 2009) – e a criação de instituições especializadas para secretariar convenções – como a secretaria da Convenção-Quadro para Controle do Tabaco – e de comissões de alto nível para analisar diferentes aspectos da saúde pública – como a Comissão sobre a Macroeconomia da Saúde (2001) e a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (2008), ambas no âmbito da

OMS. Outro fator importante no plano internacional foi o emergência das fundações privadas, que passaram a dedicar altas somas de recursos para financiar e influenciar ações de saúde pública (Heimann, Ibanhes e Barboza, 2005; Birn, 2014). Esse conjunto de novos fatos gera uma mudança significativa dos cenários internacional e nacional da saúde pública, obrigando os países e a população a promover a revisão de suas políticas e estratégias em saúde.

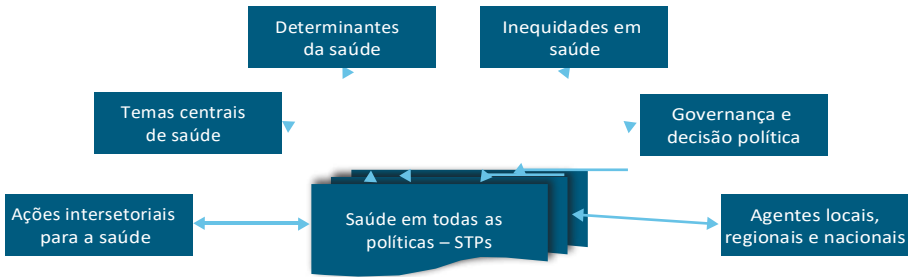
No período 1992-2012, foram registradas iniciativas de sucesso e resultados avaliados como positivos, no que concerne ao desenvolvimento sustentável, influenciando de forma direta e indireta a prática da saúde pública, ainda que não exista um reconhecimento explícito desse efeito. Uma série de seminários virtuais realizados previamente à Rio+20 deu acesso ao conhecimento de vários avanços e desafios nesse particular (Opas, 2013). Também, uma consulta regional sobre os avanços de saúde e desenvolvimento sustentável na região das Américas, realizada em São Paulo, em 2011, registrou avanços, particularmente em relação ao capítulo 6 da Agenda 21, representando níveis diferentes de complexidade, como o surgimento de novos desafios não identificados na Rio 92, a exemplo das doenças crônicas não transmissíveis e dos determinantes sociais da saúde, além de avanços na questão do controle de doenças transmissíveis e na cobertura de serviços básicos de saúde (OPS, 2011). A saúde ambiental não demonstrou um grande avanço como parte dos compromissos assumidos no capítulo 6, do pilar social da Agenda 21, mas foi muito reconhecida em vários outros capítulos e nas convenções estabelecidas durante a Rio 92, como a Convenção sobre Mudança do Clima (IPCC, 2014), sendo o tema da saúde cada vez mais reconhecido como relevante, gerando ações em nível global e nos países.

Em meio a realidades e teorias tão ricas, complexas e diversas, é importante encontrar a melhor articulação possível, que permita focar a obtenção de resultados por meio de práticas capazes de atender aos desafios da saúde pública na sua dimensão social e como elemento essencial na geração de bens públicos. Dois conceitos que aparentemente poderiam ser de grande relevância para esse fim e têm sido examinados são: intersetorialidade e saúde urbana.

A intersetorialidade foi traduzida na última Conferência Mundial de Promoção da Saúde como saúde em todas as políticas (STP) (McQueen *et al.*, 2012). Por meio da figura 2, proposta pelo Instituto de Saúde e Bem-Estar da Finlândia, e do quadro 1, oriundo da Declaração de Adelaide, é possível observar o esquema conceitual geral que guia a proposta inovadora de saúde pública e alguns exemplos dos temas incluídos na Declaração de Adelaide (WHO, 2010a). Em vários países, como a Finlândia (National Institute for Health and Welfare, 2012), já existem exemplos concretos de ações que efetivaram esse princípio, resultando em uma articulação eficiente dos conceitos de equidade, sustentabilidade, saúde

pública e preservação ambiental como poderosos instrumentos para promover a saúde e prevenir doenças, principalmente aquelas associadas à mudança do perfil demográfico populacional da região aqui em destaque.

FIGURA 2
Proposta de STP



Fonte: National Institute for Health and Welfare (2012).
Elaboração dos autores.

QUADRO 1
Exemplos de atividades governamentais conjuntas listadas na Declaração de Adelaide sobre STP

Setores e questões	Inter-relações entre saúde e bem-estar
Economia e emprego	A resiliência econômica e o crescimento são estimulados por uma população saudável. Pessoas saudáveis podem aumentar sua poupança doméstica, são mais produtivas no trabalho, podem adaptar-se mais facilmente às mudanças no trabalho e permanecer trabalhando por mais tempo. O trabalho e as oportunidades de emprego estável melhoram a saúde das pessoas em diferentes grupos sociais.
Segurança e justiça	Taxas de violência, doenças e lesões aumentam em populações cujo acesso à alimentação, à água, à habitação, às oportunidades de trabalho e a um sistema de justiça é limitado. Como resultado, sistemas de justiça no seio das sociedades têm de lidar com as consequências de baixo acesso a essas necessidades básicas. A prevalência de doenças mentais – e problemas associados ao álcool e às drogas – está associada a violências, crimes e prisões.
Educação e juventude	Problemas de saúde das crianças ou membros da família impedem o aproveitamento escolar, reduzindo o potencial educativo e as habilidades para resolver os desafios da vida e perseguir suas oportunidades. O grau de escolaridade para homens e mulheres contribui diretamente para melhorar a saúde e a capacidade de participar plenamente em uma sociedade produtiva e criar cidadãos engajados.
Agricultura e alimentação	As seguranças alimentar e nutricional são reforçadas quando a saúde é levada em consideração na produção de alimentos, bem como em sua fabricação, comercialização e distribuição, promovendo a confiança dos consumidores e garantindo práticas agrícolas sustentáveis. A alimentação saudável é fundamental para a saúde das pessoas. As boas práticas de segurança alimentar ajudam a reduzir a transmissão de doenças dos animais ao ser humano e apoiam práticas agrícolas que geram impactos positivos na saúde dos trabalhadores rurais e das comunidades rurais agrícolas.
Infraestrutura, planejamento e transportes	O melhor planejamento das estradas, dos transportes e da habitação exige que se considerem os impactos à saúde, pois essas práticas podem reduzir as emissões ao ambiente e melhorar a capacidade e a eficiência das redes de transporte para o movimento de pessoas, bens e serviços. Melhores oportunidades de transporte, incluindo o ciclismo e a caminhada, promovem a construção de comunidades mais habitáveis, reduzem a degradação ambiental e melhoram a saúde.

(Continua)

(Continuação)

Setores e questões	Inter-relações entre saúde e bem-estar
Ambientes e sustentabilidade	A otimização do uso dos recursos naturais e a promoção da sustentabilidade podem ser melhor alcançadas, por meio de políticas que influenciem os padrões de consumo da população que melhoram a saúde humana. Globalmente, um quarto de todas as doenças preveníveis está associado às condições ambientais nas quais as pessoas vivem.
Habitação e serviços comunitários	O desenho das habitações e o planejamento da infraestrutura urbana e das casas são responsáveis pela saúde e pelo bem-estar – por exemplo, isolamento, ventilação, espaços públicos, remoção de lixo etc. –, e, com a participação comunitária, podem melhorar a coesão social e o apoio a projetos de desenvolvimento. Habitações bem desenhadas, acessíveis e com serviços comunitários adequados são alguns dos determinantes mais fundamentais da saúde para comunidades e indivíduos desfavorecidos.
Terra e cultura	Acesso à terra pode causar melhorias à saúde e ao bem-estar dos povos indígenas, visto que estão vinculados espiritual e culturalmente a um profundo senso de pertinência a terra e ao país. As melhorias na saúde indígena podem fortalecer as comunidades e sua identidade cultural, melhorar a participação dos cidadãos e apoiar a manutenção da biodiversidade.

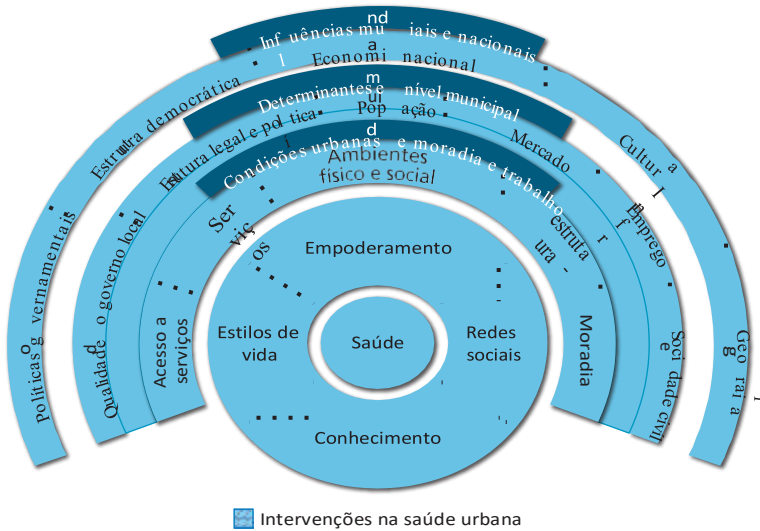
Fonte: WHO (2010a).
Elaboração dos autores.

Por sua vez, a saúde urbana (Azambuja *et al.*, 2011; Caiaffa *et al.*, 2008) é um conceito ainda em formação, mas possibilita a articulação de distintos temas relacionados à saúde e ao desenvolvimento sustentável em um espaço geográfico e político delimitado, facilitando a identificação dos responsáveis pelas ações e pelos resultados, além de enfatizar o conceito de cidadania e equidade. Esse modelo poderia, em parte, responder à relevância que têm os territórios para a saúde pública, como sinalizado por Miranda, Castro e Augusto (2009), ao proporem a visão integrada de territórios sustentáveis. O conceito tem sido expressado em documentos como *A Cidade dos Cidadãos* (Fleury, 2014), o informe da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, em especial no capítulo relacionado à rede de conhecimento sobre urbanização e saúde, e o informe sobre saúde urbana, *Cidades Escondidas* (WHO, 2010b).

Na figura 3, pode-se observar uma proposta de modelo explicativo da saúde urbana, depreendendo-se as vantagens de síntese da aplicação desse modelo, principalmente quando utilizado na forma de observatórios de saúde urbana, os quais convocam diferentes agentes de transformação e desenvolvimento da vida pública a participar de um exercício conjunto de governança da cidade.

FIGURA 3

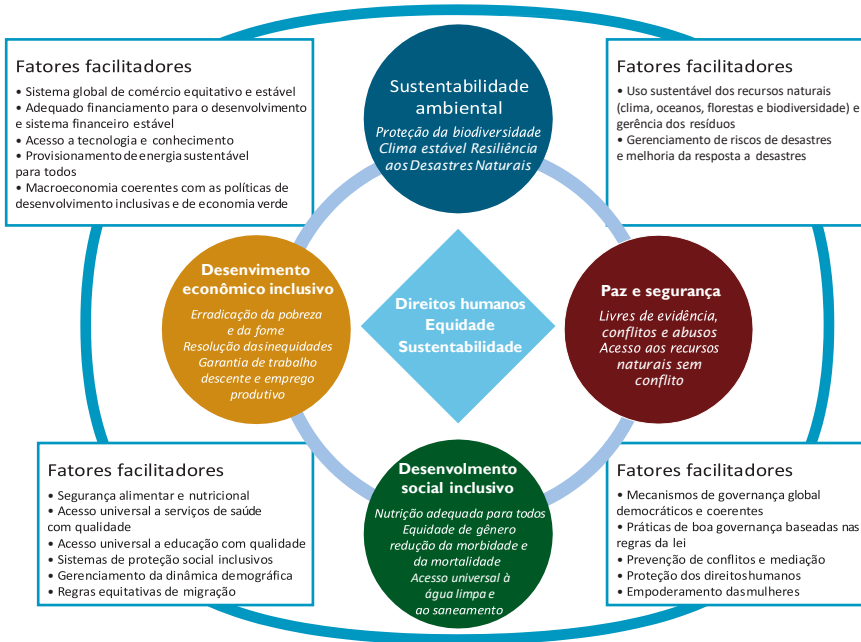
Modelo conceitual para a saúde urbana



Fonte: Caiiffa *et al.* (2008, p. 1.789).

Como mencionado anteriormente, o conceito de desenvolvimento sustentável definido no relatório *Our Common Future* (UN, 1987) é amplamente aceito e utilizado. Nessa definição e segundo o aceito em 1992, ele está baseado em três pilares: econômico, social e ambiental, sendo a saúde tanto um resultado quanto uma condição prévia para os três (ONU, 2012). No novo marco de desenvolvimento sustentável proposto pelo grupo de trabalho do Sistema ONU sobre o desenvolvimento sustentável, após 2015, durante a Rio+20, e resumido na figura 4, em vez dos pilares de 1992, propõem-se dimensões que qualificam os temas dos antigos pilares e incluem uma quarta dimensão sobre paz e segurança, a qual não existia como um pilar separado. Essa quarta dimensão trata de refletir valores fundamentais da atualidade, que podem ou não permitir a realização das outras três dimensões. As quatro novas dimensões fundamentais propostas pelo Pnud (2012b) são: *i*) desenvolvimento social inclusivo; *ii*) desenvolvimento econômico inclusivo; *iii*) sustentabilidade ambiental; e *iv*) paz e segurança. Além dessa modificação no modelo conceitual, o grupo propôs um grupo de princípios (direitos humanos, equidade e sustentabilidade) como elemento central e fundamental do novo modelo e estabeleceu quatro grandes áreas de “facilitadores”. Na figura 4, é possível apreciar uma representação gráfica desse novo conceito e alguns exemplos indicativos de cada uma das quatro dimensões.

FIGURA 4
Modelo holístico para “fazer o futuro que queremos para todos”



Fonte: Pnud (2012b).
Elaboração dos autores.

Ao analisar esse esquema, nota-se que, para sua implementação no Brasil, existem enormes desafios que precisam ser enfrentados, particularmente em relação ao setor da saúde, no qual políticas, propostas e planos de ação ainda respondem às abordagens de cortes setoriais tradicionais, sem conseguir incorporar a proposta de uma verdadeira reforma intersetorial da saúde.

O quadro 2 mostra a lista de ODS da Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável, à qual se agregaram cores segundo a dimensão do marco da ONU correspondente. Na proposta atual, pode-se dizer que os sete objetivos marcados em amarelo (ODS: 1, 2, 7, 8, 9, 10 e 12) correspondem a temas que dependem de ações primordialmente na área econômica; os quatro marcados em fundo verde (ODS: 6, 13, 14 e 15) estão relacionados à dimensão ambiental; os três marcados em fundo azul (ODS: 3, 4 e 5) concernem à dimensão social; e os dois em vermelho (ODS: 11 e 16), às ações na dimensão de segurança. O último objetivo (ODS 17) está direcionado a orientar o processo de implementação do programa de trabalho. Pelo menos um objetivo relacionado a cidades está vinculado a mais de uma dimensão e em igual intensidade: econômica, ambiental e social

QUADRO 2
ODS propostos pela Agenda 2030

ODS	Descrição
1	Acabar com a pobreza em todas as suas formas, em todos os lugares.
2	Acabar com a fome, alcançar a segurança alimentar e a melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável.
3	Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades.
4	Assegurar a educação inclusiva e equitativa de qualidade e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todos.
5	Alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas.
6	Assegurar a disponibilidade e a gestão sustentável de água e saneamento para todos.
7	Assegurar o acesso confiável, sustentável, moderno e a preço acessível à energia, para todos.
8	Promover o crescimento econômico sustentado, inclusivo e sustentável, o emprego pleno e produtivo e o trabalho decente para todos.
9	Construir infraestruturas resilientes, promover a industrialização inclusiva e sustentável e fomentar a inovação.
10	Reduzir a desigualdade entre os países e dentro deles.
11	Tornar as cidades e os assentamentos humanos inclusivos, seguros, resilientes e sustentáveis.
12	Assegurar padrões de produção e consumo sustentáveis.
13	Tomar medidas urgentes para combater a mudança do clima e seus impactos.
14	Promover a conservação e o uso sustentável de oceanos, mares e recursos marinhos, para o desenvolvimento sustentável.
15	Proteger, recuperar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, gerir de forma sustentável as florestas, combater a desertificação, deter e reverter a degradação da terra e estancar a perda de biodiversidade.
16	Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis.
17	Fortalecer os meios de implementação e revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável.

Fonte: Galvão (2015).
Elaboração dos autores.

O objetivo da saúde (3) está dividido em nove metas e quatro meios de implementação. Ainda que todas as metas se relacionem com o setor da saúde e dependam de sua liderança para implementação das ações necessárias, procedeu-se a uma classificação que segue as dimensões do esquema holístico da ONU mais relevantes para alcançar cada uma das metas propostas. A maioria das metas (sete) depende fundamentalmente de ações do setor social, como saúde, educação e segurança social. As metas 1 e 2 e o meio de implementação (a) dependem fortemente de ações na dimensão econômica. Duas metas (5 e 6) guardam grande relação com a dimensão da segurança, e a meta 9 está diretamente relacionada com o ambiente. Para facilitar a visualização, cada linha recebeu cores semelhantes àquelas usadas no quadro anterior.

QUADRO 3
Objetivo 3 – Saúde

Meta	Descrição
3.1	Até 2030, reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de setenta mortes por cem mil nascidos vivos.
3.2	Até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos.
3.3	Até 2030, acabar com as epidemias de AIDS, tuberculose, malária e doenças tropicais negligenciadas e combater a hepatite, doenças transmitidas pela água e outras doenças transmissíveis.
3.4	Até 2030, reduzir em um terço a mortalidade prematura por doenças não transmissíveis via prevenção e tratamento e promover a saúde mental e o bem-estar.
3.5	Reforçar a prevenção e o tratamento do abuso de substâncias, incluindo o abuso de drogas entorpecentes e o uso nocivo do álcool.
3.6	Até 2020, reduzir pela metade as mortes e os ferimentos globais por acidentes em estradas.
3.7	Até 2030, assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, a informação e a educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.
3.8	Atingir a cobertura universal de saúde, incluindo a proteção do risco financeiro, o acesso a serviços de saúde essenciais de qualidade e o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes, de qualidade e a preços acessíveis para todos.
3.9	Até 2030, reduzir substancialmente o número de mortes e doenças por produtos químicos perigosos, bem como a contaminação e a poluição do ar e da água do solo.
Meio de implementação	
3.a	Fortalecer a implementação da Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco em todos os países, conforme apropriado.
3.b	Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizar plenamente as disposições do Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (Acordo TRIPS) sobre flexibilidades para proteger a saúde pública, e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos.
3.c	Aumentar substancialmente o financiamento da saúde, bem como o recrutamento, o desenvolvimento e a formação e a conservação do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos e nos pequenos Estados insulares em desenvolvimento.
3.d	Reforçar a capacidade de todos os países – particularmente, os países em desenvolvimento – para o alerta precoce, a redução de riscos e o gerenciamento de riscos nacionais e globais de saúde.

Fonte: Galvão (2015).

Elaboração dos autores.

Como se pode perceber, as dimensões e os temas no domínio do desenvolvimento sustentável são extremamente relacionados e interdependentes. Essa noção é essencial para o entendimento e a prática nesse âmbito, o que é semelhante ao que ocorre na saúde pública. Consoante Rattner:

no fundo, os problemas de saúde pública têm raízes sistêmicas e interdependentes que refutam e inviabilizam qualquer abordagem linear e cartesiana. Donde se infere que qualquer reducionismo em se tratar de problemas sociais complexos se revela estéril e improdutivo. Para intervir nesse cenário desalentador, é preciso melhorar os indicadores da eficácia das políticas públicas de saúde, para informar e conscientizar

a sociedade civil, organizada e motivada para sua plena participação nas decisões que afetam sua saúde e seu bem-estar (Rattner, 2009, p. 1.970).

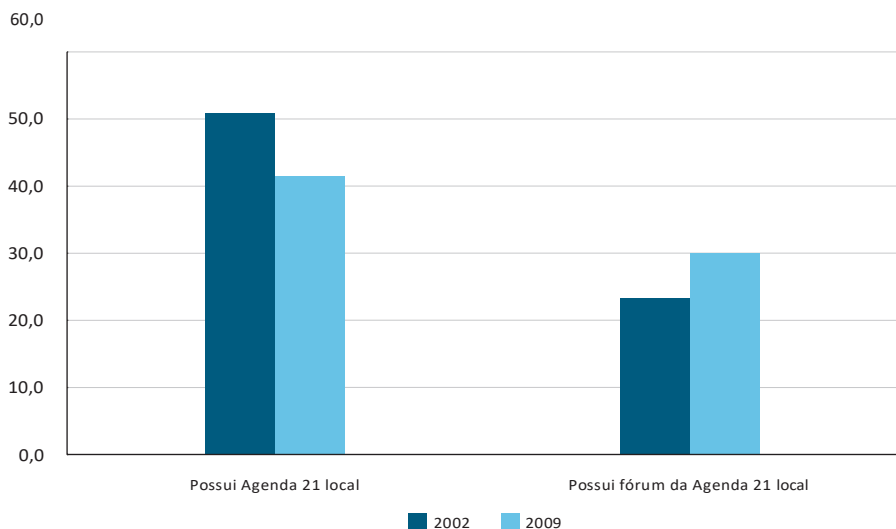
De qualquer forma, existem exemplos bem-sucedidos que, se abraçassem o marco de desenvolvimento sustentável como elemento fundamental para a realização dos objetivos da saúde pública, poderiam ser fatores decisivos no avanço desse marco conceitual, inspirando um modelo mais abrangente, menos centrado nesse setor e, por consequência, menos dependente do seu complexo médico-industrial, estando mais relacionado às bases sociais, culturais e estruturais da área.

A esse respeito, Buss *et al.* (2012) refletem que

uma fortaleza reconhecida em modelos de governança bem-sucedidos nos processos de desenvolvimento é a participação – controle social, que é o complemento imprescindível ao papel do Estado. Exemplo bem-sucedido na governança setorial da saúde no Brasil é o modelo SUS, com a existência dos Conselhos de Saúde em todas as esferas de governo. Apesar de sua reconhecida atuação nas questões setoriais da saúde, há que se reconhecer a ausência do debate sobre desenvolvimento sustentável, determinantes sociais e também ambientais nas agendas políticas e técnicas dos Conselhos de Saúde. Como consequência, também são frágeis suas articulações, potencialmente muito efetivas, com outros conselhos setoriais pertinentes (Buss *et al.*, 2012, p. 1.487) .

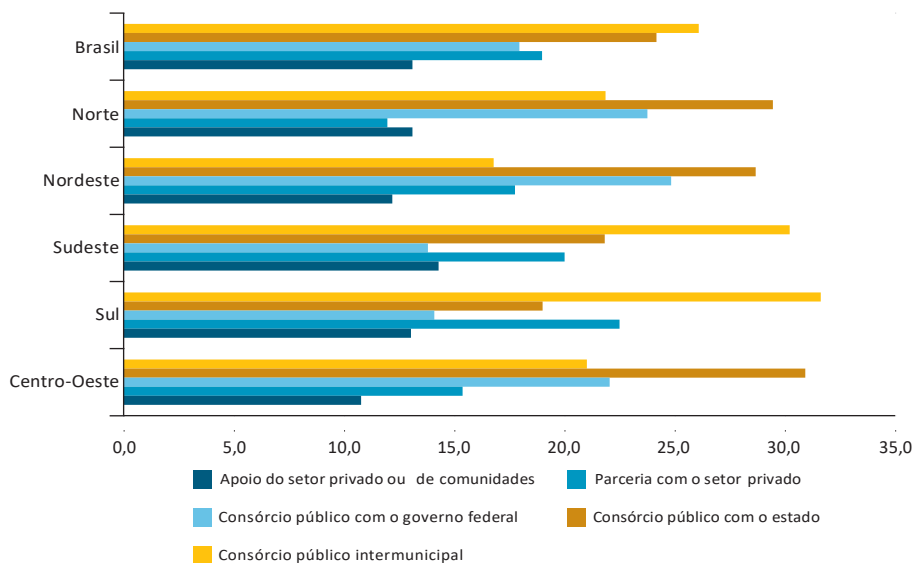
Uma visão geral das questões de intersetorialidade e participação está bem descrita no informe de indicadores de desenvolvimento sustentável do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012). Como pode ser visto nos gráficos 3 e 4, o panorama geral não é muito alvissareiro, uma vez que menos da metade dos municípios tem uma Agenda 21 local. Também se nota que, de todas as possibilidades de articulação intersetorial, categorizadas em cinco grupos no gráfico 4, são utilizadas menos de 35%. Apesar de serem indicadores aceitos para medir ações em nível local, eles têm de ser tomados com cautela para o setor da saúde, visto que este tem uma baixa adesão à Agenda 21 e utiliza pouco os tipos de intersetorialidade considerados. Como, no novo marco de desenvolvimento, os temas associados ao nível local e à intersetorialidade são centrais para a implementação de suas metas, inclusive as da saúde, isso representa uma nova oportunidade de prosseguir aperfeiçoando esse modelo holístico de desenvolvimento e de associação de diferentes sistemas no domínio temático da saúde pública.

GRÁFICO 3
Proporção da população brasileira residindo em municípios com Agenda 21 e fóruns da Agenda 21 locais (2002 e 2009)
 (Em %)



Fonte: IBGE (2012).

GRÁFICO 4
Proporção de articulações interinstitucionais existentes, por tipo, segundo as grandes regiões (2009)
 (Em %)



Fonte: IBGE (2012).

Em outro documento, Buss *et al.* (2014) reconhecem que o objetivo 3 evoca um conceito amplo de saúde, na medida em que incorpora em seu enunciado as noções de vida saudável e bem-estar. Entretanto, sinalizam que as metas estão deslocadas do enunciado amplo do seu objetivo, pois focam primordialmente a “atenção à saúde individual e não menciona[m] ou pouco valoriza[m] a promoção da saúde e o enfrentamento das inequidades e a melhoria dos determinantes sociais da saúde” (*op. cit.*, p. 2.568). Também destacam “que as propostas de governança global e nacional são muito débeis e incompletas para as dificuldades inerentes a um processo desta envergadura e complexidade” (*op. cit.*, p. 2.568) e que será necessária a implementação de planos de desenvolvimento que considerem prioridade a equidade e a inclusão social, matéria que também é defendida por outras autoridades, como Dondisch (Dondisch e Gómez-Muñoz, 2015). Finalmente, reafirmam que o planejamento e a ação intersetorial sob a égide do poder público podem ser a chave para a implementação dos ODS.

Para que esse momento seja plenamente aproveitado e capitalizado para uma melhora efetiva da saúde da população, é necessário o compromisso das autoridades, bem como o engajamento da comunidade nacional e global de saúde pública, composta não só pelas autoridades políticas, mas também por aqueles que praticam a saúde pública em nível local e aqueles que se dedicam ao ensino e à pesquisa das diferentes disciplinas que compõem o conjunto de conhecimentos da saúde pública e as organizações da sociedade civil e do setor privado, como afirmam, entre outros autores, Kickbusch e Buss:

A comunidade de saúde deve se fazer ouvir nas complexas negociações dos ODS e deve enfrentar os seus desafios técnicos e políticos. Ela deve mostrar como a saúde é parte integrante do desenvolvimento global inclusivo e do futuro sustentável do planeta. Depois de tudo, o esforço dos ODS serve para garantir uma vida melhor para todos em um mundo que queremos (Kickbusch e Buss, 2014, p.1, tradução nossa).

Em suma, mesmo reconhecendo os avanços dos aspectos doutrinário, metodológico e de métrica aplicáveis à saúde ambiental e aos determinantes sociais da saúde, de fato, muitos dos serviços de saúde da América Latina e do Caribe continuam a ser predominantemente assistenciais, com ações preventivas tradicionais e programas de promoção da saúde de alcance limitado, apesar da crescente evidência de que fatores ambientais e sociais determinam, em boa medida, uma grande parte da carga de doença e morte da população (Marmot, 2007).

É possível dizer que a saúde é um dos elementos mais relevantes para o desenvolvimento sustentável e, ao mesmo tempo, um dos melhores indicadores do seu sucesso. O que sustenta essa afirmativa é o fato de que todos os princípios, dimensões e elementos facilitadores propostos pelo Pnud (2012b) são compatíveis e essenciais para a saúde pública e beneficiados direta ou indiretamente pelo

sucesso de sua implementação. Também se pode afirmar que existe uma extrema interdependência entre as diferentes dimensões propostas por esse modelo. De fato, elas não só são interdependentes, como também podem representar os componentes fundamentais da própria realidade construída pelo homem no planeta. Observa-se, ainda, que o movimento gerado em torno do tema dos ODS no nível da ONU representa uma oportunidade única para avançar os objetivos globais e nacionais de saúde pública.

Para melhor representar as discussões dos resultados, o quadro 4 mostra as relações entre cada um dos ODS e algumas categorias estabelecidas, segundo sua relevância para a saúde pública.

QUADRO 4

Relação entre os ODS propostos e as categorias de inclusão estabelecidas

Critério de ponderação	Tema sobre saúde mencionado em outro objetivo	Tema incluído no modelo de Dahlgren e Whitehead (1991)	Relação direta com fator causal primário reconhecida	Relação direta com fator causal secundário reconhecida
ODS 1. Acabar com a pobreza.			Equidade e saúde, produto interno bruto e mortalidade infantil.	Renda e saúde.
ODS 2. Acabar com a fome e agricultura sustentável.	ODS 2.2	Agricultura e produção de alimentos.	Desnutrição, padrões de alimentação e obesidade.	Condições de vida rural.
ODS 3. Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar.				
ODS 4. Assegurar a educação.		Educação.	Educação da mãe e doenças diarreicas.	Educação em saúde nas escolas e ambiente escolar.
ODS 5. Igualdade de gênero.	ODS 5.6	Sexo e idade.	Condição de vida de mães e saúde dos filhos.	Violência doméstica.
ODS 6. Água e saneamento.	ODS 6.2	Água e saneamento.	Doenças transmitidas pela água.	Higiene pessoal.
ODS 7. Acesso à energia.			Energia e qualidade dos serviços de saúde rural.	Cobenefícios à saúde pelo uso de energia limpa.
ODS 8. Crescimento econômico inclusivo, emprego e trabalho decente.	ODS 8.8	Ambiente de trabalho e desemprego.	Saúde dos trabalhadores.	Renda familiar e saúde.
ODS 9. Industrialização sustentável.			Resíduos químicos tóxicos.	Contaminação ambiental.
ODS 10. Reduzir a desigualdade.			Saúde como elemento de equidade social.	Renda e acesso a serviços básicos de saúde.
ODS 11. Cidades sustentáveis.	ODS 11.2 e 11.5	Habituação e redes comunitárias e sociais.	Saúde urbana.	Áreas verdes e parques e saúde mental.
ODS 12. Produção e consumo sustentáveis.	ODS 12.4		Saúde do consumidor e vigilância sanitária.	Acesso a produtos de qualidade.

(Continua)

(Continuação)

Critério de ponderação	Tema sobre saúde mencionado em outro objetivo	Tema incluído no modelo de Dahlgren e Whitehead (1991)	Relação direta com fator causal primário reconhecida	Relação direta com fator causal secundário reconhecida
ODS 13. Combater a mudança do clima e seus impactos.		Condições ambientais.	Cobenefícios à saúde ocasionados pelas medidas de redução de carbono.	Efeitos na saúde em casos de desastres naturais.
ODS 14. Uso sustentável dos oceanos.			Disponibilidade de alimentos.	Contaminação de pescados e frutos do mar.
ODS 15. Uso sustentável dos ecossistemas terrestres.			Biodiversidade e saúde.	Disponibilidade de espécies para uso como medicamento.
ODS 16. Sociedades pacíficas e inclusivas.			Inclusão social e saúde.	Violência interpessoal.
ODS 17. Revitalizar a parceria global para o desenvolvimento sustentável.				Acesso a tecnologias e metodologias avançadas.

Fonte: Galvão (2015).
Elaboração dos autores.

5 DESAFIOS E OPORTUNIDADES PARA O SETOR DA SAÚDE

Sem dúvida, um dos maiores desafios que enfrenta o setor da saúde no Brasil é a manutenção, a melhoria e a ampliação do Sistema Único de Saúde (SUS). Considerado um dos mecanismos democráticos mais apropriados para promover a equidade em saúde, passa por um momento de reflexão, no qual questões relacionadas à qualidade do atendimento, à abrangência de cobertura e ao tipo de serviços prestados têm sido objeto de análise e discussão nos meios acadêmicos e políticos.

Em particular, no que concerne aos compromissos assumidos pelo governo brasileiro na Agenda 2030, esse sistema será essencial para implementar o que tange às metas e aos indicadores do objetivo de saúde (3), mas não é, em sua configuração atual, suficiente para implementar os aspectos multidimensionais da agenda, dos quais a saúde depende e contribui. Entre várias considerações a respeito, a questão da intersectorialidade acadêmica e de governo toma relevo pelo seu significado e sua importância. O quadro 4 demonstra de forma preliminar a íntima relação de dependência que existe entre saúde e vários setores, a qual não é necessariamente exercida na atual configuração do SUS, ainda que em algumas instâncias locais existam exemplos da potencialidade da ação intersectorial, como é o caso da experiência de monitoramento de condições de saúde no entorno do Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro (Comperj) (Pimentel, 2015) e outros.

As colunas do quadro 4 tratam de fazer uma primeira aproximação para ressaltar evidências da íntima relação entre a saúde e os outros ODS. Na primeira coluna, relacionam-se algumas das principais metas de alguns dos ODS que explicitamente mencionam a saúde e, portanto, podem ser citados como uma

evidência da relevância da saúde para o cumprimento integral desse objetivo. Na segunda coluna, evidenciam-se os temas que constam do esquema clássico de Dahlgren e Whitehead (1991) sobre os determinantes sociais e ambientais da saúde, o qual é aceito universalmente como uma expressão idônea da relação e da interdependência da saúde com outras áreas do conhecimento e práticas de outros setores diferentes da saúde. Na terceira coluna, relaciona-se uma série de fatores que são reconhecidos na literatura clássica da saúde pública, que fazem parte da prática diária dos sanitaristas e que, em grande parte, é um consenso aceito pela comunidade acadêmica como um fator relevante e primário das condições da saúde; por exemplo, a nutrição e a renda, que permitem um melhor desenvolvimento e acesso a melhores recursos de saúde. Na quarta coluna, demonstram-se outros fatores também aceitos como fatores diretamente relacionados com a saúde, mas que somente afetam esta em determinadas condições.

A forma pragmática de promover a intersetorialidade, com sentido de equidade em saúde, é abordar seus determinantes sociais e ambientais. A declaração da VIII Conferência Global sobre Promoção da Saúde, realizada em Helsinque, Finlândia, em 2013, clama por esse tipo de abordagem e propõe que o conceito de STP seja o mecanismo de interligação para conectar os objetivos, os meios e as prioridades associados com a saúde na Agenda 2030. Esse conceito central foi abordado primeiramente, em 1978, na Declaração de Alma-Ata e novamente, em 1986, em Ottawa, na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, tendo ambas estabelecido a ação intersetorial para a saúde como uma importante estratégia. O compromisso de implementar uma abordagem amplamente concebida para a promoção da saúde na região das Américas foi reafirmado em conferências realizadas na América Latina (Bogotá – 1992) e no Caribe (Port of Spain – 1993). No entanto, essas iniciativas foram limitadas pelas políticas hegemônicas de privatização da década de 1990, que não eram propícias para enfrentar os determinantes sociais da saúde, a promoção da saúde e as abordagens intersetoriais.

Esses temas também foram tratados em nível global pela Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS e constam da Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas (WHO, 2010a). Da mesma forma, foram abordados pela OMS na Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde (Rio de Janeiro – 2011) e na VIII Conferência Global sobre Promoção da Saúde (2013), cujo tema central foi a STP. Por sua vez, a Declaração de Helsinque (WHO, 2014, p. 2, tradução nossa), marco para as ações de STP em nível nacional, descreve amplamente o conceito de STP como “uma abordagem de políticas públicas adotadas em todos os setores, as quais teriam de levar em conta, sistematicamente, as implicações dessas decisões para a saúde da população e deveria então buscar sinergias e evitar impactos negativos à saúde”. Ainda, em setembro de 2014, o Conselho de Ministros da Saúde das Américas aprovou a Resolução Opas CD53.

R2 (Paho, 2014), que aprova o plano de ação para implementar a abordagem de STP, o qual inclui linhas estratégicas de ação e indicadores para o período 2014-2019, em conformidade com os objetivos definidos no plano estratégico da Opas para esse período (Paho, 2013), projetado para lidar com o desenvolvimento social econômico e os determinantes ambientais da saúde e para promover o bem-estar sustentável da população.

O plano de ação regional de STP é baseado em seis linhas estratégicas de ação no nível dos países:

- 1) estabelecer as necessidades e as prioridades de STP;
- 2) identificar as ações do plano;
- 3) identificar estruturas e procedimentos de suporte;
- 4) facilitar a avaliação e o engajamento;
- 5) assegurar o acompanhamento, a avaliação e a prestação de contas; e
- 6) reforçar as capacidades.

A implementação desse plano no Brasil poderia ajudar a identificar as oportunidades para o desenvolvimento de políticas em todos os setores que tenham implicações potenciais para a saúde e sua equidade, promovendo sua integração em setores vitais para a saúde pública, como trabalho, meio ambiente, agricultura, educação, finanças, habitação e transporte. Essa abordagem visa à participação do setor da saúde no amplo processo de governança intersetorial e avança na ideia de desenvolvimento como transformação (Stiglitz, 1998), incidindo nos determinantes sociais da saúde; elemento vital para otimizar a implementação de ODS relevantes para alcançar esse objetivo e reduzir os danos à saúde causados por outras políticas.

Esse tipo de atuação, hoje, é uma prática mínima e voluntária no SUS. Tendo em vista a complexidade desse desafio, é necessário que o sistema estabeleça um grupo de trabalho sobre a STP e os ODS, para formular um conjunto de princípios orientadores para a análise da Agenda 2030 como um mecanismo para promover a equidade, constituindo o cerne do desenvolvimento sustentável no Brasil. Esse grupo poderia estabelecer mecanismos de governança que permitissem intervir nas políticas públicas relacionadas aos determinantes ambientais e sociais da saúde, promovendo a sinergia necessária para a promoção da saúde no amplo processo de governança intersetorial e o avanço da ideia de desenvolvimento como transformação.

O grupo formado pela Opas formulou um conjunto de princípios orientadores para a análise da Agenda 2030, que poderiam servir de base para o grupo nacional:

- i)* a equidade é o cerne do desenvolvimento sustentável nas Américas;
- ii)* é necessário desenvolver um índice que sirva para medir o progresso;

iii) as fontes de dados precisam de reforço em relação à identificação de fonte de informação que possa ser usada para medir o progresso e a coleta de dados; e

iv) a informação pode ser utilizada para orientar as ações do SUS, incluindo a cobertura e o acesso universal à saúde, com base nas prioridades dos diferentes setores, em distintos níveis, e nos sistemas de monitoramento em desenvolvimento que incorporam a STP.

Os custos para atingir os ODS e suas metas dependem desse tipo de prática, visto que o volume dos recursos é limitado e o objetivo final é “não deixar ninguém para trás”. O relatório da Comissão Intergovernamental de Peritos sobre o Financiamento para o Desenvolvimento Sustentável (UN, 2013) estima que, para erradicar a pobreza extrema em todos os países, haveria um custo de cerca de US\$ 66 bilhões ao ano (a.a.), nos próximos dez anos. As estimativas para atender a outras necessidades incluem US\$ 50,2 bilhões a.a. para eliminar a fome até 2025, US\$ 37 bilhões para atingir a cobertura e o acesso universal à saúde e US\$ 42 bilhões para alcançar a educação primária universal e ampliar o acesso ao ensino secundário.

Vistas isoladamente, essas quantias parecem difíceis de serem obtidas, mas, quando se pensa em abordagens intersetoriais, visualiza-se uma possível solução para alcançar metas específicas de múltiplos objetivos e áreas temáticas com o mesmo investimento; por exemplo, novas estratégias de atenção à saúde no nível da escola, investimentos em agricultura familiar e melhoria de condições de educação e saúde que promovam diminuição da pobreza em áreas geográficas delimitadas. Cabe ressaltar que as abordagens intersetoriais, no atual contexto socioeconômico do Estado e da população, são práticas adequadas e necessárias, mas não são suficientes para a implementação de soluções de saúde pública, as quais carecem de uma série de procedimentos setoriais de baixa e alta complexidades. Assim, os investimentos dirigidos à redução da morbidade e do risco de mortalidade precisam estar alinhados com aqueles que visam à expansão do acesso à educação e ao aumento da renda familiar. A Agenda de Ação de Addis Abeba (UN, 2015a), que emergiu da III Conferência Internacional sobre o Financiamento para o Desenvolvimento (2015), argumenta que o financiamento para a Agenda 2030 e seus ODS nos países em desenvolvimento deve basear-se numa combinação de assistência oficial ao desenvolvimento dos países desenvolvidos e investimentos produtivos feitos pelo setor privado global, em conjunto com recursos próprios dos países em desenvolvimento provenientes das reformas de poupança interna e do aumento da contribuição pública e privada. Essa abordagem é questionada por países menores, com limitada capacidade de mobilização de fundos de qualquer tipo, dado o tamanho de suas economias em relação ao custo e à carga impostos por essa nova agenda global.

No momento em que se finaliza este capítulo (janeiro de 2017), existem incertezas quanto ao futuro do SUS e da própria implementação da Agenda 2030 e dos ODS no país. A base de tais futuros era razoavelmente visualizável no Plano Plurianual do Governo Federal 2016-2019, antes aprovado pelo Congresso Nacional. Entretanto, a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) nº55, lavrada pelo governo “pós-impeachment”, e as profundas transformações impostas aos direitos constitucionais e às políticas públicas de corte social – inclusive de saúde – exigem cautela quanto ao projeto de desenvolvimento que será explicitado ao país, aos compromissos com a implementação da Agenda 2030 e dos ODS, assim como aos desdobramentos que podem ocorrer no desenvolvimento do SUS.

REFERÊNCIAS

- ALVES, G. Neodesenvolvimentismo e Estado neoliberal no Brasil. **Blog da Boitempo**, 2 dez. 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/leX9fa>>. Acesso em: set. 2016.
- ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Regulamento Sanitário Internacional**. Brasília: Anvisa, 2009. Disponível em: <<https://goo.gl/RprXYM>>. Acesso em: set. 2016.
- AUGUSTO, L. G. S. *et al.* **Dossiê Abrasco**: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2012. Disponível em: <goo.gl/1NXcfG>. Acesso em: set. 2016.
- AZAMBUJA, M. I. R. *et al.* Saúde urbana, ambiente e desigualdades. **RBMFC**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 19, p. 110-115, 2011. Disponível em: <<https://goo.gl/xO4vT5>>. Acesso em: set. 2016.
- BIRDSALL, N.; LUSTIG, N.; MCLEOD, D. **Declining inequality in Latin America**: some economics, some politics. Washington: Center for Global Development, May 2011. (Working Paper, n. 251). Disponível em: <<https://goo.gl/0NHWdV>>. Acesso em: set. 2016.
- BIRN, A. E. Philanthrocapitalism, past and present: The Rockefeller Foundation, the Gates Foundation, and the setting(s) of the international/global health agenda. **Hypothesis**, v. 12, n. 1, p. 1-27, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/IiUI0J>>. Acesso em: jan. 2017.
- BOUZID, M.; HOOPER, L.; HUNTER, P. R. The effectiveness of public health interventions to reduce the health impact of climate change: a systematic review of systematic reviews. **Plos One**, v. 8, n. 4, p. 1-15, 25 Apr. 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/VOzQ3g>>. Acesso em: set. 2016.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BUSS, P. M.; LEAL, M. C.; SABROZA, P. C. (Orgs.). Saúde, ambiente e desenvolvimento: uma análise interdisciplinar. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1992.

BUSS, P.M. *et al.* Governança em saúde e ambiente para o desenvolvimento sustentável. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1479-1491, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/B9FP25>>. Acesso em: set. 2016.

_____. Saúde na agenda de desenvolvimento pós-2015 das Nações Unidas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2555-2570, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/tcNM99>>. Acesso em: set. 2016.

_____. Saúde e diplomacia nos processos de integração da América Latina e Caribe. In: BUSS, P.M. **Buss & Tobar**: saúde global e diplomacia em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. No prelo.

CAIAFFA, W.T. *et al.* Saúde urbana: a cidade é uma estranha senhora, que hoje sorri e amanhã te devora. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1785-1796, 2008.

CANDAU, M. G.; WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **British Medical Journal**, n. 25864, p. 433-434, 26 May 1973. Print. Acesso em: <<https://goo.gl/olGXNY>>. Acesso em: set. 2016.

CDSS – COMISSÃO PARA OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **Redução das desigualdades no período de uma geração**: igualdade na saúde através da ação sobre os seus determinantes sociais. Portugal: OMS, 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/v88PcF>>. Acesso em: set. 2016.

CEPAL – COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA. **Horizontes 2030**. 2016. Disponível em: <goo.gl/9fgcxK>. Acesso em: jan. 2017.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Background document to WHO – Strategy paper for Europe, n. 2007:14, Arbetsrapport, Institute for Futures Studies, 1991. Disponível em: <<https://goo.gl/9xeEi5>>.

DONDISCH, R.; GÓMEZ-MUÑOZ, B. México en las negociaciones multilaterales sobre la agenda de desarrollo para después de 2015. **Revista Mexicana de Política Exterior**, México, n. 103, p. 47-63, jan./abr. 2015.

FLEURY, S. **A cidade dos cidadãos**. 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/VtizOE>>. Acesso em: set. 2016.

FRANCO, T.; DRUCK, G. Padrões de industrialização, riscos e meio ambiente. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 61-72, 1998. Disponível em: <<https://goo.gl/NrnVoB>>. Acesso em: set. 2016.

FRUMKIN, H.; FRANK, L.; JACKSON, R. **Urban sprawl and public health: designing, planning, and building for healthy communities**. Washington: Island, 2004.

GALLO, E. *et al.* Saúde e economia verde: desafios para o desenvolvimento sustentável e a erradicação da pobreza. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 6, p. 1457-1468, 2012.

GALVÃO, L. A. **A saúde pública na era do desenvolvimento sustentável: análise de sua evolução e evidências**. 2015. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<https://goo.gl/DsJ4eX>>. Acesso em: set. 2016.

GALVÃO, L. A.; FINKELMAN, J.; HENAO, S. (Eds.). **Determinantes ambientales y sociales de la salud**. Cidade do México: McGraw-Hill Interamericana, 2010.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND WELFARE. **Health in all policies**, Topics, Information Packages, 16 Feb. 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/NYRLjr>>. Acesso em: set. 2016.

HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C.; BARBOZA, R. (Orgs.). **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Hucitec, 2005.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010: aglomerados subnormais**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/bWFWv2>>. Acesso em: set. 2016.

_____. **Indicadores de Desenvolvimento Sustentáveis 2012**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/v05nau>>. Acesso em: set. 2016.

IPCC – INTERGOVERNMENTAL PANEL ON CLIMATE CHANGE. **The Fifth Assessment Report (AR5): chapter 11 – human health: impacts, adaptation, and co-benefits**. Geneva: IPCC, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/pcNVmz>>. Acesso em: set. 2016.

JORDÁN, R.; MARTÍNEZ, R. **Pobreza y precariedad urbana en América Latina y el Caribe: situación actual y financiamiento de políticas y programas**. Santiago de Chile: NU, 2009. Disponível em: <goo.gl/o6Yzd2>. Acesso em: set. 2016.

KICKBUSCH, I.; BUSS, P.M. Health in the post-2015 agenda: perspectives midway through. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p. 2035-2037, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/x2sko2>>. Acesso em: set. 2016.

MARMOT, M. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. **The Lancet**, v. 370, n. 9593, p. 1153-1163, 2007.

MCQUEEN, D. V. *et al.* **Intersectoral governance for health in all policies: structures, actions and experiences.** Copenhagen: WHO, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/ShSEFX>>. Acesso em: set. 2016.

MIRANDA, A. C.; CASTRO, H. A.; AUGUSTO, L. G. S. Saúde ambiental e territórios sustentáveis. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 1962-1963, 2009. Disponível em: <<https://goo.gl/XDxtZf>>. Acesso em: set. 2016.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde 2008: cuidados de saúde primários – agora mais que nunca.** Genebra: OMS, 2008. Disponível em: <<https://goo.gl/it96oP>>. Acesso em: set. 2016.

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Agenda 21.** Rio de Janeiro: ONU, 1992. Disponível em: <<https://goo.gl/6McnQV>>. Acesso em: set. 2016.

_____. **O futuro que queremos.** Rio de Janeiro: ONU, 2012.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Saúde nas Américas.** Washington: Opas, 2012.

_____. **Salud, ambiente y desarrollo sostenible: hacia el futuro que queremos.** Washington: Opas, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/vTC0mM>>. Acesso em: set. 2016.

OPS – ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Agua y saneamiento: evidencias para políticas públicas con enfoque en derechos humanos y resultados en salud pública.** Washington: OPS, 2011. Disponível em: <<https://goo.gl/6LT2Zr>>. Acesso em: set. 2016.

PAHO – PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. **Strategic plan of the Pan American Health Organization 2014-2019.** Washington: Paho, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/QF8viI>>. Acesso em: set. 2016.

_____. **Plan of action on health in all policies.** Washington: Paho, 2014.

PERIAGO, M. R. *et al.* Saúde ambiental na América Latina e no Caribe: numa encruzilhada. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 14-19, dez. 2007. Disponível em: <<https://goo.gl/YD9YTv>>. Acesso em: set. 2016.

PIMENTEL, J. **Monitoramento de condições de saúde no entorno do Comperj.** Rio de Janeiro: DSS Brasil, 2015. (Série DSS no Território Local). Disponível em: <<https://goo.gl/Xcgg66>>. Acesso em: set. 2016.

PNUD – PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Os objetivos de Desenvolvimento do Milênio: 8 objetivos para 2015. **Pnud**, 2012a. Disponível em: <www.pnud.org.br/ODM.aspx>. Acesso em: set. 2016.

_____. **O futuro que queremos para todos**. Nova York: Pnud, 2012b.

RATTNER, H. Meio ambiente, saúde e desenvolvimento sustentável. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 1965-1971, 2009. Disponível em: <<https://goo.gl/mO5ZRe>>. Acesso em: set. 2016.

STIGLITZ, J. Towards a new paradigm for development. *In*: UNCTAD – UNITED NATIONS CONFERENCE ON TRADE AND DEVELOPMENT, 9., 1998, Geneva. **Anais...** Geneva: Unctad, 1998.

UN – UNITED NATIONS. **UN Charter**. San Francisco: UN, 1945. Disponível em: <<https://goo.gl/NvA0WY>>. Acesso em: set. 2016.

_____. **Our common future**. Geneva: UN, 1987. Disponível em: <<https://goo.gl/cWn6WU>>. Acesso em: set. 2016.

_____. **Report of the United Nations Conference on Environment and Development**: Rio Declaration on Environment and Development. Rio de Janeiro: UN, 1992. Disponível em: <<https://goo.gl/YnGzqU>>. Acesso em: set. 2016.

_____. Department of Economic and Social Affairs. **World population prospects: the 2010 revision**. 2011. Disponível em: <<http://esa.un.org/unpd/wpp/>>. Acesso em: set. 2016.

_____. **A new global partnership: eradicate poverty and transform economies through sustainable development**. New York: UN, 2013. Disponível em: <<https://goo.gl/sGn2kv>>. Acesso em: set. 2016.

_____. **Addis Ababa Action Agenda of the Third International Conference on Financing for Development**. New York: UN, 2015a. Disponível em: <<https://goo.gl/kygm5w>>. Acesso em: set. 2016.

_____. **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development**. 2015b. Disponível em: <<https://goo.gl/3vRe6Q>>. Acesso em: set. 2016.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Constitution of the World Health Organization**. New York: WHO, 1946. Disponível em: <<https://goo.gl/WmPhWc>>. Acesso em: set. 2016.

_____. **Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care**. Alma-Ata: WHO, 1978. Disponível em: <www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf>. Acesso em: set. 2016.

_____. **Adelaide Statement on Health in All Policies: moving towards a shared governance for health and well-being**. Adelaide: WHO, 2010a. Disponível em: <<https://goo.gl/RaCNhe>>. Acesso em: set. 2016.

_____. **Hidden cities**: unmasking and overcoming health inequities in urban settings. Geneva: WHO, 2010b. Disponível em: <<https://goo.gl/bCXdx8>>. Acesso em: set. 2016.

_____. Millennium Development Goals (MDGs). WHO, Health Topics, 2012. Disponível em: <goo.gl/hVuSQ>. Acesso em: set. 2016.

_____. **Health in all policies**: Helsinki statement. Geneva: WHO, 2014. Disponível em: <<https://goo.gl/B9VuQr>>. Acesso em: set. 2016.